

12º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 003/2021, QUE ENTRE SI CELEBRAM, O ESTADO DE PERNAMBUCO, ATRAVÉS DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, E A ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E INFÂNCIA UBAÍRA - S3 GESTÃO EM SAÚDE, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE, PARA OPERACIONALIZAR A GESTÃO E EXECUTAR AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA IMBIRIBEIRA, NAS CONDIÇÕES ABAIXO ESTIPULADAS.

O **ESTADO DE PERNAMBUCO**, por meio da **SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (SES/PE)**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.572.048/0001-28, com sede à Rua Dona Maria Augusta Nogueira, nº 519, Bongi, Recife/PE, CEP 50.751-530, neste ato representada por sua Secretária, **Dra. ZILDA DO REGO CAVALCANTI**, nomeada pelo Ato nº 024, publicado no Diário Oficial do Estado em 02/01/2023, residente e domiciliada nesta cidade do Recife, doravante denominada **CONTRATANTE**, e a **ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E INFÂNCIA UBAÍRA - S3 GESTÃO EM SAÚDE**, inscrita no CNPJ/MF nº 14.284.483/0003-70, com sede à Av. Marechal Mascarenhas de Moraes, nº 4223, Imbiribeira, Recife/PE, CEP 51.170-000, neste ato representado por **YURGAN TARGE PASSOS SANTANA**, doravante denominada **CONTRATADA**; têm justa e acordada a presente celebração, que se regerá pelas cláusulas e condições a seguir pactuadas, bem como pelas disposições da Lei Estadual nº 15.210/2013, estando instruídas com o Parecer Técnico nº 190/2025 (id. 68112569) da Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão - CTAI, o Parecer de Prorrogação nº 008/2025 (id. 69161378) da Comissão Mista de Avaliação, Despacho nº 839 (id. 69172692) da Coordenação Jurídica dos Contratos de Gestão e os demais documentos constantes do Processo nº 2300000302.000132/2025-71.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. Constitui objeto do presente Termo Aditivo:

a) a **prorrogação do prazo de vigência do Contrato de Gestão nº 003/2021** por mais **02 (dois) anos**, correspondente ao período de **01/07/2025 a 30/06/2027**, cujo objeto consiste no gerenciamento, operacionalização e execução de ações e serviços de saúde pela **CONTRATADA** na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Imbiribeira, nos termos do Parecer de Prorrogação nº 008/2025 (ID. nº 69161378), o qual atesta a vantajosidade da medida e o cumprimento das metas pactuadas.;

b) a **repactuação das metas e a atualização dos anexos técnicos**, conforme disposto nos Anexos I, II e III deste Termo Aditivo, nos termos da Nota Técnica nº 26/2025, emitida pela Gerência de Gestão de Processos dos Contratos de Gestão (ID. nº 69218081).

CLÁUSULA SEGUNDA - DO VALOR

2.1. Em virtude do presente Termo Aditivo, a **CONTRATANTE** permanecerá efetuando o repasse mensal à **CONTRATADA** no montante de R\$ 1.959.971,13 (um milhão, novecentos e cinquenta e nove mil, novecentos e setenta e um reais e treze centavos), nos termos do Despacho nº 529, emitido pela Gerência Administrativa Orçamentária dos Contratos de Gestão (ID. nº 69175421).

CLÁUSULA TERCEIRA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E DA NOTA DE EMPENHO

3.1. Os recursos necessários ao atendimento das despesas decorrentes deste instrumento correrão à conta da seguinte dotação orçamentária e nota de empenho (id. 66475521, 66552983, 66555228 e 66555229):

Fonte: 05000000000

Código U.O.: 00208

Programa de Trabalho: 10.302.0528.4610.1026

Elemento: 3.3.50.85

Nota de Empenho: 2025NE008269 de 15/04/2025

Valor da Nota de Empenho: R\$ 5.010.776,48

Fonte: 06000000000

Código U.O.: 00208

Programa de Trabalho: 10.302.0528.4610.1026

Elemento: 3.3.50.85

Nota de Empenho: 2025NE008270 de 15/04/2025

Valor da Nota de Empenho: R\$ 2.000.000,00

Fonte: 06000000000

Código U.O.: 00208

Programa de Trabalho: 10.302.0528.4610.1026

Elemento: 3.3.50.85

Nota de Empenho: 2025NE000871 de 02/01/2025

Valor da Nota de Empenho: R\$ 1.000.000,01

Fonte: 05000000000

Código U.O.: 00208

Programa de Trabalho: 10.302.0528.4610.1026

Elemento: 3.3.50.85

Nota de Empenho: 2025NE000870 de 02/01/2025

Valor da Nota de Empenho: R\$ 2.505.388,25

3.2. As referidas Notas de Empenho garantem o pagamento da quantia de **R\$ 10.516.164,74 (dez milhões, quinhentos e dezesseis mil cento e sessenta e quatro reais e setenta e quatro centavos)**, devendo o valor restante ser complementado através de nota de empenho a ser emitida pelo setor competente, e, posteriormente, ser registrada por simples apostilamento, dispensando a celebração de aditamento, sob pena de rescisão antecipada do contrato.

3.3. Nos exercícios seguintes, as despesas correrão à conta dos recursos próprios para atender às despesas da mesma natureza, cuja alocação será feita mediante apostilamento no início de cada exercício financeiro, sob pena de rescisão antecipada do contrato.

CLÁUSULA QUARTA - DA RATIFICAÇÃO

4.1. Permanecem em vigor as demais cláusulas do CONTRATO, que não foram expressamente alteradas pelo presente Termo Aditivo.

CLÁUSULA QUINTA - DA PUBLICAÇÃO

5.1. O presente Termo Aditivo terá o seu extrato publicado no Diário Oficial do Estado, às expensas da CONTRATANTE, que deverá ainda disponibilizá-lo em seu sítio eletrônico, nos termos dos artigos 10, § 2º e 28 da Lei 15.210/2013.

CLÁUSULA SEXTA - DO FORO

6.1. As partes contratantes elegem o Foro da Comarca do Recife, Capital do Estado de Pernambuco, como competente para dirimir toda e qualquer controvérsia resultante do presente Contrato, renunciando, expressamente, a outro qualquer por mais privilegiado que se configure.

E, por estarem de pleno acordo, firmam as partes o presente instrumento, em formato digital, para todo efeito de direito.

Recife, data da assinatura digital.

ZILDA DO REGO CAVALCANTI
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
CONTRATANTE

YURGAN TARGE PASSOS SANTANA
ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E INFÂNCIA UBAÍRA - S3 GESTÃO EM SAÚDE
CONTRATADA

ANEXO TÉCNICO I DO CONTRATO
DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS
CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

A **CONTRATADA** atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas.

O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pela **CONTRATADA** serão efetuados através dos dados registrados no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados definidos pela **CONTRATANTE**.

1. INTRODUÇÃO

Este documento descreve características de como se dará a assistência de urgência e emergência (pronto atendimento), bem como as metas Quantitativas e Qualitativas que serão analisadas e avaliadas pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, para o repasse de 30% do valor global do Contrato de Gestão em seus

respectivos ciclos de avaliação.

A consolidação e análise dos indicadores será realizada trimestralmente. Para os indicadores de produção a avaliação e valoração das metas pactuadas serão realizadas trimestralmente, em consonância com o art. 15-A da Lei 15.210/2013, para efeito de aplicação de desconto no repasse da **CONTRATADA**. Para os indicadores de qualidade, a avaliação e valoração das metas pactuadas serão realizadas mensalmente para efeito de aplicação de desconto no repasse da **CONTRATADA**, conforme art. 38 do Decreto 58.200/2025.

2. ASSISTÊNCIA EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A assistência à saúde prestada nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão na **Unidade de Pronto Atendimento - UPA IMBIRIBEIRA** até sua alta, encaminhamento para outro serviço de maior complexidade ou observação clínica, conforme a necessidade da situação de urgência ou emergência. Este processo inclui todos os atendimentos e procedimentos necessários para completar o diagnóstico e as terapêuticas indicadas necessárias no âmbito de urgência e emergência:

- Manejo de possíveis agravamentos do quadro clínico do paciente durante o atendimento ou período de observação;
- Realização de tratamentos de outros problemas de saúde, além da queixa principal, quando necessário para o cuidado completo do paciente;
- Administração de medicamentos necessários durante o período de atendimento, conforme protocolos clínicos e relação de medicamentos padronizados pelo SUS;
- Procedimentos e cuidados de enfermagem indispensáveis ao cuidado contínuo do paciente;
- Oferta de alimentação e, quando indicado, suporte nutricional por via enteral ou parenteral durante o tempo de permanência;
- Assistência prestada por equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e outros profissionais de saúde, conforme a complexidade do caso;
- Realização de procedimentos sob sedação ou anestesia local, quando indicados e compatíveis com a capacidade instalada da unidade;
- Utilização de materiais e insumos descartáveis necessários à assistência;
- Garantia de permanência do paciente em área de observação com infraestrutura adequada, conforme avaliação clínica e critérios de risco;
- Direito a acompanhante para crianças e adolescentes (Lei nº 8.069/1990), idosos (Lei nº 10.741/2003) e pessoas com deficiência (Lei nº 13.146/2015), conforme legislação vigente;
- Administração de sangue e hemoderivados em situações de urgência/emergência, quando disponível e indicado, respeitando os protocolos estabelecidos;
- Realização de todos os procedimentos e condutas clínicas compatíveis com a estrutura da UPA, visando à estabilização do paciente e à definição da conduta mais adequada, com possível encaminhamento à rede hospitalar quando ultrapassada a capacidade de resolução da **UPA IMBIRIBEIRA**.

2.1 PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

Se ao longo da vigência deste Contrato, de comum acordo entre as partes, a **CONTRATADA**, ou a **CONTRATANTE**, se propuser a realizar outros tipos de atividades, diferentes daquelas aqui relacionadas, e/ou substituição de alguma(s), ampliação de serviços, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, ou da mudança do perfil epidemiológico da região essas atividades deverão ser previamente estudadas e pactuadas entre as partes.

Essas atividades poderão ser autorizadas pela SES, após análise técnica, sempre respeitando a capacidade instalada da unidade, necessidade da região e oferta do serviço ou especialidade, sendo, então, elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado através de Termo Aditivo ao contrato.

3. ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES

A **UPA IMBIRIBEIRA** deverá apresentar um volume de atendimentos anual compatível com seu porte e com os parâmetros assistenciais definidos pelo Ministério da Saúde.

3.1 LEITOS DE OBSERVAÇÃO

CAPACIDADE INSTALADA DOS LEITOS DE OBSERVAÇÃO	
LEITOS DE OBSERVAÇÃO	QUANTITATIVO
Adulto	10
Pediátrico	4
Estabilização	4
Isolamento	1
TOTAL	19

3.2 ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA REALIZADOS

ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL - AMBULATÓRIO MÉDICO													
AMBULATÓRIO	Mês de Referência												TOTAL
	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS	
Número de Atendimentos de Urgência Médica	13.500	13.500	13.500	13.500	13.500	13.500	13.500	13.500	13.500	13.500	13.500	13.500	162.000

4. AVALIAÇÃO DA PARTE VARIÁVEL

Para a avaliação dos indicadores Quantitativos (produção) e Qualitativos que estarão diretamente ligados ao pagamento da parte variável do contrato (30% do valor global do contrato), a **UPA IMBIRIBEIRA** deverá atingir **mensalmente** as metas definidas para os seguintes indicadores:

Quantitativos: Número de Atendimentos de Urgência e Emergência.

Qualitativos: A análise da variável relacionada aos indicadores qualitativos será realizada por meio do Índice Global de Qualidade, com pontuação variando de 0 a 100 pontos. Esse índice será composto pelos seguintes indicadores:

Eficiência Assistencial : Tempo médio entre a classificação e o atendimento médico para pacientes (verde, amarelo e vermelho); Taxa de Tomada de Decisão Clínica em até 6 horas; Taxa de Retorno Precoce por Mesma Queixa Clínica em até 24h. **Protocolo de Torácica:** Média de tempo porta-ECG para pacientes no protocolo de dor torácica; Média de tempo triagem-transferência para pacientes no protocolo de dor torácica. **Protocolo de Ave:** Média de tempo entre a admissão e a avaliação médica inicial de pacientes com suspeita de AVE. **Protocolo de Sepsis:** Média de tempo porta-antibiótico dos pacientes no protocolo de sepsis. **Atenção ao usuário:** Satisfação do usuário; Índice de aceitação das respostas às queixas registradas. **Transparência:** Qualidade da Publicação das Informações de Transparência. **Educação permanente:** Taxa de Execução do Plano de Educação Permanente; Taxa de Adesão da Equipe Assistencial às Ações de Educação Permanente; Taxa de Adesão da Equipe Administrativa às Ações de Educação Permanente.

4.1 META E INDICADORES (QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS)

Estabelecem-se como indicadores determinantes do pagamento da parte variável os relacionados nos quadros abaixo:

Quadro 01 - Indicadores Quantitativos (produção):

QUADRO DE INDICADORES (QUANTITATIVOS - PRODUÇÃO)		
TIPO	INDICADOR	META MENSAL
Produção	Número de atendimentos de urgência e emergência realizados	13.500

Quadro 02 - Indicadores Qualitativos (Índice Global de Qualidade):

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE							
TIPO	INDICADOR	ESPECIFICAÇÃO	META		FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
Eficiência Assistencial	Tempo médio entre a classificação e o atendimento médico para pacientes verdes.	Monitorar o tempo de espera para atendimento médico de pacientes classificados como de baixo risco (cor verde).	≤ 120 min	Pontuação: 3	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	4	30
			> 120 min ≤ 180 min	Pontuação: 2			
			> 180 min ≤ 240 min	Pontuação: 1			
			> 240 min	Pontuação: 0			
	Tempo médio entre a classificação e o atendimento médico para pacientes amarelos.	Acompanhar o tempo de espera para atendimento médico de pacientes classificados como de risco moderado (cor amarela).	≤ 60 min	Pontuação: 6	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	6	
			> 60 ≤ 120 min	Pontuação: 4			
			> 120 ≤ 180 min	Pontuação: 2			
			> 180 min	Pontuação: 0			
	Tempo médio entre a classificação e o atendimento médico para pacientes vermelhos.	Monitorar o tempo entre a classificação de risco e o início do atendimento médico a pacientes classificados como de emergência (cor vermelha).	≤ 1 min	Pontuação: 7	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	7	
			> 1 min ≤ 5 min	Pontuação: 5			
			> 5 min ≤ 10 min	Pontuação: 2			
			> 10 min	Pontuação: 0			
	Taxa de tomada de decisão clínica em até 6 horas.	Avaliar a eficiência da resposta assistencial nas unidades de pronto atendimento.	≥ 90%	Pontuação: 6	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	7	
			≥ 85% < 90%	Pontuação: 4			
			≥ 80% < 85%	Pontuação: 2			
			< 80%	Pontuação: 0			
	Taxa de Retorno Precoce por Mesma Queixa Clínica em até 24h	Acompanhar a proporção de pacientes que retornam ao serviço de urgência ou emergência em até 24 horas após alta.	≤ 5%		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	6	

		Garantir que	ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE				
TIPO	INDICADOR	pacientes com dor torácica tenham o eletrocardiograma	META		FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA	Tempo médio entre a classificação e o atendimento médico para pacientes verdes.	realizado em tempo Monitorar o tempo de adequado após a espera para chegada ao serviço de emergência. atendimento médico de pacientes classificados como de baixo risco (cor verde).	≤ 120 min	Pontuação: 3	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	5	21
			> 120 min ≤ 180 min	Pontuação: 2			
			> 180 min ≤ 240 min	Pontuação: 1			
			> 240 min	Pontuação: 0			
PROTOCOLO AVE	Tempo médio entre a classificação e o atendimento médico para pacientes com dor torácica atípica	Monitorar o tempo Acompanhar o tempo médio entre a de espera para triagem e a efetiva transferência dos pacientes com dor torácica atípica classificados como de risco moderado (cor amarela).	≤ 60 min	Pontuação: 6	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	5	30
			> 60 min ≤ 120 min	Pontuação: 4			
			> 120 min ≤ 180 min	Pontuação: 2			
			> 180 min	Pontuação: 0			
PROTOCOLO DE SEPSE	Média de tempo entre a admissão e a avaliação clínica e médica inicial o atendimento de pacientes médico para com suspeita de AVE.	Monitorar o tempo Garantir a avaliação entre a classificação médica imediata ou de risco e o início do atendimento médico para pacientes com suspeita de acidente vascular encefálico emergência (cor vermelha).	≤ 1 min	Pontuação: 7	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	5	5
			> 1 min ≤ 5 min	Pontuação: 5			
			> 5 min ≤ 10 min	Pontuação: 2			
			> 10 min	Pontuação: 0			
PROTOCOLO DE ATENÇÃO AO USUÁRIO	tempo porta-antibiótico dos pacientes no tomada de decisão clínica seps. em até 6 horas.	Avaliar a eficácia da administração rápida de primeira dose de antibiótico para pacientes com seps. pronto atendimento.	$\geq 90\%$	Pontuação: 6	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	5	14
			$\geq 85\% < 90\%$	Pontuação: 4			
			$\geq 80\% < 85\%$	Pontuação: 2			
			Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 90,0%	Pontuação: 0			
PROTOCOLO DE TRANSPARÊNCIA DOR TORÁCICA	Taxa de Retorno	Acompanhar a proporção de Aferir satisfação do usuário sobre a qualidade do atendimento recebido.	Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 80,0% e menor que 90,0%		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	7	21
	Satisfação do Usuário	Acompanhar a proporção de Aferir satisfação do usuário sobre a qualidade do atendimento recebido.	Aferir satisfação do usuário igual ou superior a 70,0% e menor que 80,0%				
	Clínica em até 24h	Avaliar a efetividade da adequação das	Aferir satisfação do usuário menor que 70%				
	respostas às queixas registradas.	respostas fornecidas às queixas dos usuários.	Aprovação de 80,0% ou mais das resoluções de queixas recebido				
PROTOCOLO DE TRANSPARÊNCIA DOR TORÁCICA	Média de tempo porta-ecg para pacientes no protocolo de dor torácica	Garantir que pacientes com dor torácica tenham o eletrocardiograma realizado em tempo adequado após a chegada ao serviço de emergência.	Atingir o grau desejável de qualidade da publicação das informações de transparência		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	5	7
			Atingir o grau moderado de qualidade da publicação das informações de transparência				
			Atingir o grau insuficiente de qualidade da publicação das informações de transparência				
			Atingir o grau insatisfatório de qualidade da publicação das informações de transparência				
PROTOCOLO DE TRANSPARÊNCIA DOR TORÁCICA	Média de tempo de triagem	Monitorar o tempo médio entre a triagem e a efetiva transferência dos	Atingir o grau desejável de qualidade da publicação das informações de transparência		Informação prestada pela Coordenação de	5	21
			Atingir o grau moderado de qualidade da publicação das informações de transparência				
			Atingir o grau insuficiente de qualidade da publicação das informações de transparência				
			Atingir o grau insatisfatório de qualidade da publicação das informações de transparência				

Publicação das		transparência em		ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE		Integridade e								
TIPO	Informações de	consonância com	da publicação das informações de		Transparência da	PONTUAÇÃO O POR	PONTUAÇÃO POR							
	Transparência	normativas vigentes.	transparência		DGMCG/SECI/SES/PE									
	INDICADOR	ESPECIFICAÇÃO			FONTE DE									
			100,0% das ações de educação na	Meta	VERIFICAÇÃO	INDICADOR	GRUPO							
EDUCAÇÃO PERMANENTE Eficiência Assistencial	Tempo médio entre a classificação e o atendimento médico para Taxa de pacientes Execução do verdes. Plano de	Monitorar o tempo de espera para atendimento médico de pacientes classificados como de Acompanhar a baixo risco (cor implementação das verdes). ações previstas no	saúde programadas para o período. ≤ 120 min Pontuação: 3	Relatório da Comissão de SIMAS ou outra solução Permanente, determinada pela SES/PE	6									
			90,0% a 99,9% das ações de educação > 120 min ≤ 180 min Pontuação: 2				4							
			80,0% a 89,9% das ações de educação > 180 min ≤ 240 min Pontuação: 1					2						
			70,0% a 79,9% das ações de educação na saúde programadas Pontuação: 0						1					
			< 70,0% das ações de Pontuação: 6a							transmissão do				
			saúde programadas para o período. > 60 ≤ 120 min Pontuação: 4								SIMAS			
			Percentual igual ou superior a 80,0% de > 120 ≤ 180 min Pontuação: 2									SIMAS ou outra		
			Assistencial às Ações de Educação Permanente										solução	
			Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e											determinada pela
			SES/PE											
	equipe assistencial	6												
	Monitorar o tempo de		6											
	entre a classificação			6										
	de risco da equipe				6									
	atendimento médico					6								
	de pacientes						6							
	classificados como de							6						
	Assistencial às Ações de Educação								6					
	Permanente									6				
	Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e										6			
SES/PE	6													
equipe assistencial		6												
Monitorar o tempo de			6											
entre a classificação				6										
de risco da equipe					6									
atendimento médico						6								
de pacientes							6							
classificados como de								6						
Assistencial às Ações de Educação									6					
Permanente										6				
Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e	6													
SES/PE		6												
equipe assistencial			6											
Monitorar o tempo de				6										
entre a classificação					6									
de risco da equipe						6								
atendimento médico							6							
de pacientes								6						
classificados como de									6					
Assistencial às Ações de Educação										6				
Permanente	6													
Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e		6												
SES/PE			6											
equipe assistencial				6										
Monitorar o tempo de					6									
entre a classificação						6								
de risco da equipe							6							
atendimento médico								6						
de pacientes									6					
classificados como de										6				
Assistencial às Ações de Educação	6													
Permanente		6												
Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e			6											
SES/PE				6										
equipe assistencial					6									
Monitorar o tempo de						6								
entre a classificação							6							
de risco da equipe								6						
atendimento médico									6					
de pacientes										6				
classificados como de	6													
Assistencial às Ações de Educação		6												
Permanente			6											
Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e				6										
SES/PE					6									
equipe assistencial						6								
Monitorar o tempo de							6							
entre a classificação								6						
de risco da equipe									6					
atendimento médico										6				
de pacientes	6													
classificados como de		6												
Assistencial às Ações de Educação			6											
Permanente				6										
Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e					6									
SES/PE						6								
equipe assistencial							6							
Monitorar o tempo de								6						
entre a classificação									6					
de risco da equipe										6				
atendimento médico	6													
de pacientes		6												
classificados como de			6											
Assistencial às Ações de Educação				6										
Permanente					6									
Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e						6								
SES/PE							6							
equipe assistencial								6						
Monitorar o tempo de									6					
entre a classificação										6				
de risco da equipe	6													
atendimento médico		6												
de pacientes			6											
classificados como de				6										
Assistencial às Ações de Educação					6									
Permanente						6								
Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e							6							
SES/PE								6						
equipe assistencial									6					
Monitorar o tempo de										6				
entre a classificação	6													
de risco da equipe		6												
atendimento médico			6											
de pacientes				6										
classificados como de					6									
Assistencial às Ações de Educação						6								
Permanente							6							
Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e								6						
SES/PE									6					
equipe assistencial										6				
Monitorar o tempo de	6													
entre a classificação		6												
de risco da equipe			6											
atendimento médico				6										
de pacientes					6									
classificados como de						6								
Assistencial às Ações de Educação							6							
Permanente								6						
Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e									6					
SES/PE										6				
equipe assistencial	6													
Monitorar o tempo de		6												
entre a classificação			6											
de risco da equipe				6										
atendimento médico					6									
de pacientes						6								
classificados como de							6							
Assistencial às Ações de Educação								6						
Permanente									6					
Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e										6				
SES/PE	6													
equipe assistencial		6												
Monitorar o tempo de			6											
entre a classificação				6										
de risco da equipe					6									
atendimento médico						6								
de pacientes							6							
classificados como de								6						
Assistencial às Ações de Educação									6					
Permanente										6				
Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e	6													
SES/PE		6												
equipe assistencial			6											
Monitorar o tempo de				6										
entre a classificação					6									
de risco da equipe						6								
atendimento médico							6							
de pacientes								6						
classificados como de									6					
Assistencial às Ações de Educação										6				
Permanente	6													
Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e		6												
SES/PE			6											
equipe assistencial				6										
Monitorar o tempo de					6									
entre a classificação						6								
de risco da equipe							6							
atendimento médico								6						
de pacientes									6					
classificados como de										6				
Assistencial às Ações de Educação	6													
Permanente		6												
Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e			6											
SES/PE				6										
equipe assistencial					6									
Monitorar o tempo de						6								
entre a classificação							6							
de risco da equipe								6						
atendimento médico									6					
de pacientes										6				
classificados como de	6													
Assistencial às Ações de Educação		6												
Permanente			6											
Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e				6										
SES/PE					6									
equipe assistencial						6								
Monitorar o tempo de							6							
entre a classificação								6						
de risco da equipe									6					
atendimento médico										6				
de pacientes	6													
classificados como de		6												
Assistencial às Ações de Educação			6											
Permanente				6										
Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e					6									
SES/PE						6								
equipe assistencial							6							
Monitorar o tempo de								6						
entre a classificação									6					
de risco da equipe										6				
atendimento médico	6													
de pacientes		6												
classificados como de			6											
Assistencial às Ações de Educação				6										
Permanente					6									
Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e						6								
SES/PE							6							
equipe assistencial								6						
Monitorar o tempo de									6					
entre a classificação										6				
de risco da equipe	6													
atendimento médico		6												
de pacientes			6											
classificados como de				6										
Assistencial às Ações de Educação					6									
Permanente						6								
Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e							6							
SES/PE								6						
equipe assistencial									6					
Monitorar o tempo de										6				
entre a classificação	6													
de risco da equipe		6												
atendimento médico			6											
de pacientes				6										
classificados como de					6									
Assistencial às Ações de Educação						6								
Permanente							6							
Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e								6						
SES/PE									6					
equipe assistencial										6				
Monitorar o tempo de	6													
entre a classificação		6												
de risco da equipe			6											
atendimento médico				6										
de pacientes					6									
classificados como de						6								
Assistencial às Ações de Educação							6							
Permanente								6						
Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e									6					
SES/PE										6				
equipe assistencial	6													
Monitorar o tempo de		6												
entre a classificação			6											
de risco da equipe				6										
atendimento médico					6									
de pacientes						6								
classificados como de							6							
Assistencial às Ações de Educação								6						
Permanente									6					
Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e										6				
SES/PE	6													
equipe assistencial		6												
Monitorar o tempo de			6											
entre a classificação				6										
de risco da equipe					6									
atendimento médico						6								
de pacientes							6							
classificados como de								6						
Assistencial às Ações de Educação									6					
Permanente										6				
Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e	6													
SES/PE		6												
equipe assistencial			6											
Monitorar o tempo de				6										
entre a classificação					6									
de risco da equipe						6								
atendimento médico							6							
de pacientes								6						
classificados como de									6					
Assistencial às Ações de Educação										6				
Permanente	6													
Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e		6												
SES/PE			6											
equipe assistencial				6										
Monitorar o tempo de					6									
entre a classificação						6								
de risco da equipe							6							
atendimento médico								6						
de pacientes									6					
classificados como de										6				
Assistencial às Ações de Educação	6													
Permanente		6												
Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e			6											
SES/PE				6										
equipe assistencial					6									
Monitorar o tempo de						6								
entre a classificação							6							
de risco da equipe								6						
atendimento médico									6					
de pacientes										6				
classificados como de	6													
Assistencial às Ações de Educação		6												
Permanente			6											
Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e				6										
SES/PE					6									
equipe assistencial						6								
Monitorar o tempo de							6							
entre a classificação								6						
de risco da equipe									6					
atendimento médico										6				
de pacientes	6													
classificados como de		6												
Assistencial às Ações de Educação			6											
Permanente				6										
Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e					6									
SES/PE						6								
equipe assistencial							6							
Monitorar o tempo de								6						
entre a classificação									6					
de risco da equipe										6				
atendimento médico	6													
de pacientes		6												
classificados como de			6											
Assistencial às Ações de Educação				6										
Permanente					6									
Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e						6								
SES/PE							6							
equipe assistencial								6						
Monitorar o tempo de									6					
entre a classificação										6				
de risco da equipe	6													
atendimento médico		6												
de pacientes			6											
classificados como de				6										
Assistencial às Ações de Educação					6									
Permanente						6								
Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e							6							
SES/PE								6						
equipe assistencial									6					
Monitorar o tempo de										6				
entre a classificação	6													
de risco da equipe		6												
atendimento médico			6											
de pacientes				6										
classificados como de					6									
Assistencial às Ações de Educação						6								
Permanente							6							
Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e								6						
SES/PE									6					
equipe assistencial										6				
Monitorar o tempo de	6													
entre a classificação		6												
de risco da equipe			6											
atendimento médico				6										
de pacientes					6									
classificados como de						6								
Assistencial às Ações de Educação							6							
Permanente								6						
Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e									6					
SES/PE										6				
equipe assistencial	6													
Monitorar o tempo de		6												
entre a classificação			6											
de risco da equipe				6										
atendimento médico					6									
de pacientes						6								
classificados como de							6							
Assistencial às Ações de Educação								6						
Permanente									6					
Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e										6				
SES/PE	6													
equipe assistencial		6												
Monitorar o tempo de			6											
entre a classificação				6										
de risco da equipe					6									
atendimento médico						6								
de pacientes							6							
classificados como de								6						
Assistencial às Ações de Educação									6					
Permanente										6				
Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e	6													
SES/PE		6												
equipe assistencial			6											
Monitorar o tempo de				6										
entre a classificação					6									
de risco da equipe						6								
atendimento médico							6							
de pacientes								6						
classificados como de									6					
Assistencial às Ações de Educação										6				
Permanente	6													
Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e		6												
SES/PE			6											
equipe assistencial				6										
Monitorar o tempo de					6									
entre a classificação						6								
de risco da equipe							6							
atendimento médico								6						
de pacientes									6					
classificados como de										6				
Assistencial às Ações de Educação	6													
Permanente		6												
Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e			6											
SES/PE				6										
equipe assistencial					6									
Monitorar o tempo de						6								
entre a classificação							6							
de risco da equipe								6						
atendimento médico									6					
de pacientes										6				
classificados como de	6													
Assistencial às Ações de Educação		6												
Permanente			6											
Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e				6										
SES/PE					6									
equipe assistencial						6								
Monitorar o tempo de							6							
entre a classificação								6						
de risco da equipe									6					
atendimento médico										6				
de pacientes	6													
classificados como de		6												
Assistencial às Ações de Educação			6											
Permanente				6										
Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e					6									
SES/PE						6								
equipe assistencial							6							
Monitorar o tempo de								6						
entre a classificação									6					
de risco da equipe										6				
atendimento médico	6													
de pacientes		6												
classificados como de			6											
Assistencial às Ações de Educação				6										
Permanente					6									
Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e						6								
SES/PE							6							
equipe assistencial								6						
Monitorar o tempo de									6					
entre a classificação										6				
de risco da equipe	6													
atendimento médico		6												
de pacientes			6											
classificados como de				6										
Assistencial às Ações de Educação					6									
Permanente						6								
Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e							6							
SES/PE								6						
equipe assistencial									6					
Monitorar o tempo de										6				
entre a classificação	6													
de risco da equipe		6												
atendimento médico			6											
de pacientes				6										
classificados como de					6									
Assistencial às Ações de Educação						6								
Permanente							6							
Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e								6						
SES/PE									6					
equipe assistencial										6				
Monitorar o tempo de	6													
entre a classificação		6												
de risco da equipe			6											
atendimento médico				6										
de pacientes					6									
classificados como de						6								
Assistencial às Ações de Educação							6							
Permanente								6						
Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e									6					
SES/PE										6				
equipe assistencial	6													
Monitorar o tempo de		6												
entre a classificação			6											
de risco da equipe				6										
atendimento médico					6									
de pacientes						6								
classificados como de							6							
Assistencial às Ações de Educação								6						
Permanente									6					
Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e										6				
SES/PE	6													
equipe assistencial		6												
Monitorar o tempo de			6											
entre a classificação				6										
de risco da equipe					6									
atendimento médico						6								
de pacientes							6							
classificados como de								6						
Assistencial às Ações de Educação									6					
Permanente										6				
Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e	6													
SES/PE		6												
equipe assistencial			6											
Monitorar o tempo de				6										
entre a classificação					6									
de risco da equipe						6								
atendimento médico							6							
de pacientes								6						
classificados como de									6					
Assistencial às Ações de Educação										6				
Permanente	6													
Percentual igual ou superior a 80,0% de Pontuação: 0 e		6												
SES/PE</														

5. CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À CONTRATANTE

A **CONTRATADA**, compromete-se a encaminhar à **CONTRATANTE** todas as informações solicitadas, respeitando os formatos, meios e periodicidades previamente definidos por esta.

As **informações mínimas obrigatórias** a serem fornecidas incluem:

- 5.1. Relatórios contábeis e financeiros, de acordo com o manual de orientações contábil-financeiro;
- 5.2. Relatórios referentes aos Indicadores de Qualidade estabelecidos para a unidade;
- 5.3. Relatório de Custos;
- 5.4. Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes;
- 5.5. Outras informações que venham a ser definidas pela **CONTRATANTE** mediante comunicação formal.
- 5.6. Na hipótese de a **CONTRATADA** não atingir as metas assistenciais estabelecidas neste contrato e seus anexos, não serão aplicados descontos ou penalidades, desde que a única causa para o não cumprimento seja a ausência de demanda espontânea suficiente para alcançar os parâmetros pactuados. Nessa situação, a **CONTRATADA** deverá apresentar mensalmente os dados e justificativas que comprovem a insuficiência de demanda, os quais estarão sujeitos à análise, aprovação e validação pela **CONTRATANTE**.
- 5.7. Na hipótese de a **CONTRATADA** não atingir, em determinado trimestre, o mínimo de 85% (oitenta e cinco por cento) das metas assistenciais pactuadas no contrato de gestão da **UPA**, será formalmente notificada pela **CONTRATANTE** para que, nos dois trimestres subsequentes dentro do mesmo exercício orçamentário, realize a compensação da produção por meio de atendimentos assistenciais excedentes, conforme previsto no Art. 15-A da Lei Estadual nº 15.210/2013 e no Art. 37 do Decreto Estadual nº 58.200/2025.

ANEXO TÉCNICO II DO CONTRATO SISTEMA DE PAGAMENTO

Com a finalidade de estabelecer as regras e o cronograma do Sistema de Pagamento ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1. COMPOSIÇÃO DOS VALORES REPASSADOS:

1.1 A atividade assistencial da **CONTRATADA** subdivide-se em 2 (dois) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços, nas modalidades abaixo assinaladas:

(X) Leitos de observação

(X) Atendimento de Urgências e Emergências

As modalidades de atividades assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gestão da **CONTRATADA**.

1.1.2. O montante anual do orçamento econômico-financeiro destinado ao custeio com as Despesas Operacionais e Administração Central do Contrato de Gestão é de **R\$ 21.032.329,44 (vinte e um milhões, trinta e dois mil, trezentos e vinte e nove reais e quarenta e quatro centavos)** sendo mensal de **1.752.694,12 (um milhão, setecentos e cinquenta e dois mil, seiscentos e noventa e quatro reais e doze centavos)**, e corresponde a sua modalidade de atividade assistencial;

1.2 Na remuneração variável (30% do valor global) serão considerados os pesos de cada modalidade de atividade assistencial conforme quadros do item 2 deste Anexo Técnico.

1.3 Conforme o disposto na Cláusula Sétima do Contrato de Gestão, as parcelas mensais de pagamento repassadas à **CONTRATADA** são subdivididas da seguinte forma:

1.2.1 **70% (setenta por cento)** do valor mencionado no item 1.1.2 acima, ou seja, **R\$ 14.722.630,58 (quatorze milhões, setecentos e vinte e dois mil, seiscentos e trinta reais e cinquenta e oito centavos)**, será repassado em 12 (doze) parcelas mensais fixas, no valor de **R\$ 1.226.885,88 (um milhão, duzentos e vinte e**

seis mil, oitocentos e oitenta e cinco reais e oitenta e oito centavos).

1.2.2 **20% (vinte por cento)** do valor mencionado no item 1.1.2 acima, ou seja, **R\$ 4.206.465,88 (quatro milhões, duzentos e seis mil, quatrocentos e sessenta e cinco reais e oitenta e oito centavos)**, será repassado em 12 (doze) parcelas mensais, junto a parcela fixa, com valor mensal estimativo de **R\$ 350.538,82 (trezentos e cinquenta mil, quinhentos e trinta e oito reais e oitenta e dois centavos)** vinculado à avaliação dos indicadores quantitativos (produção) e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido no item 2 deste Anexo Técnico.

1.2.3 **10%** (dez por cento) do valor mencionado no item 1.1.2, ou seja, **R\$ 2.103.232,94 (dois milhões, cento e três mil, duzentos e trinta e dois reais e noventa e quatro centavos)**, será repassado em 12 (doze) parcelas mensais, junto a parcela fixa, com valor mensal estimativo de **R\$ 175.269,41 (cento e setenta e cinco mil duzentos e sessenta e nove reais e quarenta e um centavos)**, vinculado à avaliação dos indicadores de qualidade e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido item 2 deste Anexo Técnico.

1.3 A avaliação da parte variável vinculada à meta de produção e ao Índice Global de Qualidade será consolidada ao final de cada trimestre. A verificação do cumprimento das metas contratuais será **mensal**, quando do não cumprimento destas metas o desconto deverá ocorrer nos meses subsequentes ao trimestre em que se realizou a respectiva consolidação das informações, respeitando a regulamentação do Art. 37 do Decreto Estadual 58.200/2025.

1.4 A meta do Indicador de Quantidade (produção) será consolidada trimestralmente, e em caso de não cumprimento da meta mensal pactuada, deverá ser efetuado o desconto nos meses subsequentes ao trimestre em que se realizou a respectiva consolidação das informações, podendo chegar até 20% do valor global do contrato do referido mês de descumprimento, observado o disposto nos critérios do item 2 deste Anexo Técnico e respeitando a regulamentação do Art. 37 do Decreto Estadual 58.200/2025.

1.5 As metas dos indicadores de Qualidade serão consolidadas trimestralmente, e em caso de não cumprimento das metas mensais pactuadas deverá ser efetuado o desconto nos meses subsequentes ao trimestre em que se realizou a respectiva consolidação das informações, podendo chegar até 10% do valor global do contrato do referido mês de descumprimento, observado o disposto nos critérios do item 2 deste Anexo Técnico e respeitando a regulamentação do Art. 38 do Decreto Estadual 58.200/2025.

1.6 Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para a **CONTRATADA** no Anexo Técnico I - Descrição de Serviços, a mesma deverá encaminhar mensalmente, até o dia 20º dia do mês seguinte, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela unidade.

1.7 As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e Sistemas de Informações Hospitalares (SIH), de acordo com os prazos estabelecidos pela **CONTRATANTE**.

1.8 As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas pelo **CONTRATANTE** através do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais ou outra solução determinada pela SES/PE, de acordo com as normas e prazos estabelecidos pela SES/PE.

1.9 A **CONTRATANTE** procederá à análise dos dados enviados pela **CONTRATADA** para que sejam efetuados os devidos pagamentos de recursos, conforme estabelecido na Cláusula Sétima do Contrato de Gestão.

1.10 A cada período de 03 (três) meses, a **CONTRATANTE** procederá à consolidação e análise conclusiva dos dados do trimestre findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de qualidade e produção que condicionam o valor do pagamento do valor variável. Os indicadores são avaliados mensalmente, mas consolidados e analisados trimestralmente para fins de alcance de metas e possíveis ajustes financeiros.

1.11 A **CONTRATANTE** procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pela

CONTRATADA, verificando e avaliando mensalmente as diferenças (a maior ou menor) ocorridas em relação às quantidades estabelecidas no Anexo Técnico I.

1.12 Da análise referida no item anterior, poderá resultar uma repactuação do volume de atividades assistenciais ora estabelecidas, e quando necessário seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada através de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste trimestral do Contrato de Gestão.

1.13 A pactuação de serviços contratualizados neste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Contrato de Gestão em relação às cláusulas que quantificam e especificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pela **CONTRATADA** e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades da unidade, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

1.14 Além das atividades de rotina, a **UPA IMBIRIBEIRA** poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da **CONTRATANTE**, conforme especificado no item 2 do Anexo Técnico I - Descrição de Serviços.

2. SISTEMÁTICA E CRITÉRIOS DE PAGAMENTO

2.1 AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NAS QUANTIDADES DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL

A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado nas tabelas que se seguem e previstas no corpo deste Anexo.

2.1.1. A produção assistencial será avaliada com base nas quantidades estabelecidas para cada modalidade de atendimento previstas no Anexo Técnico I – Descrição dos Serviços. A variação na produção impactará proporcionalmente o valor a ser repassado à **CONTRATADA**, conforme a alocação dos recursos por tipo de despesa, respeitando os percentuais definidos na tabela abaixo.

INDICADOR	META REALIZADA	VALOR A PAGAR (R\$)
Número de Atendimentos de Urgência e Emergência Realizados	Acima do volume contratado	20,0% do valor global do contrato
	De 85,0% até 100% do volume contratado	20,0% do valor global do contrato
	De 70,0% até 84,99% do volume contratado	18,0% do valor global do contrato
	De 55,0% até 69,99% do volume contratado	15,0% do valor global do contrato
	De 30,0% até 54,99% do volume contratado	10,0% do valor global do contrato
	Menor que 30,0% do volume contratado	0,0% do valor global do contrato

2.1.2 Os indicadores qualitativos, que compõem o Índice Global de Qualidade, estão diretamente ligados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho.

Para fins do valor do pagamento a ser efetuado à **CONTRATADA**, os respectivos indicadores gerarão uma variação proporcional especificada conforme tabela abaixo:

PONTUAÇÃO DO ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE	VALOR A PAGAR
90 a 100	10% do valor global do contrato
80 a 89	8% do valor global do contrato
70 a 79	6% do valor global do contrato
60 a 69	4% do valor global do contrato
50 a 59	2% do valor global do contrato
< 50	0% do valor global do contrato

ANEXO TÉCNICO III DO CONTRATO

Os indicadores adotados estão relacionados tanto à quantidade de atendimentos realizados (produção assistencial) quanto à qualidade do cuidado prestado aos usuários da **UPA IMBIRIBEIRA**. Esses indicadores avaliam aspectos essenciais da efetividade da gestão e do desempenho da unidade, permitindo o monitoramento contínuo dos resultados alcançados na atenção às urgências e emergências.

A complexidade dos indicadores é crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento da unidade. Anualmente, os Indicadores serão reavaliados, podendo os mesmos ser alterados ou ainda introduzidos novos parâmetros e metas.

A cada ano, quando houver alterações nos indicadores, será elaborado novo Manual que estabelecerá todas as regras e critérios técnicos para a avaliação dos Indicadores utilizados para o cálculo da parte variável do Contrato de Gestão. O Manual que subsidiará a avaliação do ano de 2025/2026 encontra-se descrito a seguir.

Os indicadores constantes da proposta de trabalho constituem obrigação contratual.

Para fins de aferição e do pagamento correspondente à parte variável (30,0%) serão observados os indicadores especificados no Manual de Indicadores para a parte variável.

MANUAL DE INDICADORES - PARTE VARIÁVEL

CONTRATO DE GESTÃO DESCRIÇÃO E METODOLOGIA DE CÁLCULO

1. INTRODUÇÃO

Este documento descreve os indicadores que serão avaliados pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco na análise para repasse de 30% da parte variável (indicadores de produção e qualidade) do Contrato de Gestão em seus respectivos meses de avaliação. O monitoramento e avaliação de cada indicador será mensal, mas sua consolidação e análise ocorrerá de forma trimestral. Para efeitos de valoração financeira, considera-se o atingimento das metas mensais, que somente serão descontadas em caso de seu não cumprimento, após a avaliação trimestral, nos termos da Lei Nº 15.210/2013 e suas alterações e do Decreto 58.200/2025.

2. METAS E INDICADORES

Estabelecem-se como indicadores determinantes do pagamento da parte variável.

2.1 INDICADORES DE QUANTIDADE (PRODUÇÃO) - COM VALORAÇÃO FINANCEIRA

QUADRO GERAL DE INDICADORES DE QUANTIDADE				
TIPO	INDICADOR DE QUANTIDADE	ESPECIFICAÇÃO	META	FONTE DE VERIFICAÇÃO
Produção	Número de atendimentos de urgência e emergência realizados.	Total de atendimentos realizados por médicos e enfermeiros no serviço de urgência e emergência	Realizar 13.500 atendimentos de urgência/emergência por mês	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE

2.1.3 NÚMERO DE ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA REALIZADOS

O indicador atendimentos de urgência e emergência vai demonstrar a quantidade de atendimentos de urgência e emergência realizados pela unidade mês a mês.

Para efeitos de monitoramento, entende-se por atendimentos de urgência/emergência aqueles realizados por profissional médico e por enfermeiro no serviço de urgência/emergência da unidade.

Os valores de pagamento dar-se-ão conforme desempenho aferido desse indicador que corresponde a até **20,0%** do valor global do contrato.

As informações de produção serão informadas mensalmente, até o 20º dia do mês subsequente à produção, por meio do Sistema de Monitoramento de Metas Assistenciais (SIMAS) ou outra TIC deliberada pela contratante.

INDICADOR	META REALIZADA	VALOR A PAGAR (R\$)
Número de Atendimentos de Urgência e Emergência Realizados	20,0% do valor global do contrato	Acima do volume contratado
	20,0% do valor global do contrato	De 85,0% até 100% do volume contratado
	18,0% do valor global do contrato	De 70,0% até 84,99% do volume contratado
	15,0% do valor global do contrato	De 55,0% até 69,99% do volume contratado
	10,0% do valor global do contrato	De 30,0% até 54,99% do volume contratado
	0,0% do valor global do contrato	Menor que 30,0% do volume contratado

2.2 INDICADORES DE QUALIDADE

Com o intuito de qualificar a análise dos indicadores de qualidade dos contratos de gestão foi desenvolvido um Índice Global de Qualidade, que abrange áreas essenciais como: eficiência assistencial, protocolo de torácica, protocolo de AVE, protocolo de sepse, atenção ao usuário, transparência e educação permanente. O índice, com pontuação variando de 0 a 100 pontos, tem seu resultado alcançado diretamente relacionado à sistemática de pagamento do contrato de gestão, incentivando a melhoria contínua e o cumprimento das metas estabelecidas.

Segue abaixo o Quadro Geral de Indicadores de Qualidade:

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE						
TIPO	INDICADOR	ESPECIFICAÇÃO	META		FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO POR INDICADOR
	Tempo médio	Monitorar o tempo de	≤ 120 min	Pontuação: 3		PONTUAÇÃO POR GRUPO

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE								
TIPO	classificação e o atendimento INDICADOR médico para	atendimento médico de pacientes ESPECIFICAÇÃO de pacientes classificados como de	min Pontuação: 2		SIMAS ou outra solução	PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO	
Eficiência Assistencial	pacientes amarelos, médico para	baixo risco (cor verde). Monitorar o tempo de espera para atendimento médico de pacientes classificados como de baixo risco (cor verde). risco moderado (cor amarela).	min ≤ 120 min Pontuação: 1		determinada pela SES/PE	4	30	
			> 180 min ≤ 240 min Pontuação: 3					
			> 240 min Pontuação: 0					
			> 120 min ≤ 180 min Pontuação: 6					
			> 60 min ≤ 120 min Pontuação: 4					
	Tempo médio entre a classificação e o atendimento médico para	Acompanhar o tempo de espera para atendimento médico de pacientes classificados como de risco moderado (cor amarela).	> 180 min ≤ 240 min Pontuação: 2		SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	4		
			> 120 min ≤ 180 min Pontuação: 1					
			> 240 min Pontuação: 0					
			> 180 min Pontuação: 0					
			> 120 min Pontuação: 0					
Eficiência Assistencial	pacientes amarelos, médico para	Monitorar o tempo de espera para atendimento médico de pacientes classificados como de risco moderado (cor amarela).	≤ 1 min Pontuação: 7		determinada pela SES/PE	7	30	
			> 1 min ≤ 5 min Pontuação: 5					
			> 5 min ≤ 10 min Pontuação: 2					
			≥ 85% < 90% Pontuação: 4					
			≥ 80% < 85% Pontuação: 2					
	Taxa de resposta clínica em até 6 horas.	Avaliar a eficiência da assistência às demandas de urgência (cor vermelha).	< 80% Pontuação: 0		SES/PE	7		
			≥ 90% Pontuação: 6					
			≥ 85% < 90% Pontuação: 4					
			≥ 80% < 85% Pontuação: 2					
			< 80% Pontuação: 0					
Mesma Queixa Clínica em até 24h	emergência em atendimento. Avaliar a proporção de pacientes que retornam por dor torácica e/ou eletrocardiograma realizado em tempo adequado após a chegada ao serviço de emergência.	≤ 5%		solução determinada pela SES/PE	6			
		≤ 5%						
PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA	protocolo de dor torácica	chegada ao serviço Garantir que de emergência. pacientes com dor torácica tenham o eletrocardiograma realizado em tempo adequado após a chegada ao serviço de emergência.	≤ 10 min		determinada pela SES/PE	5	21	
	Média de tempo porta-ecg para pacientes no protocolo de dor torácica		Dor torácica com ECG alterado (IAM c/ supra)	≤ 60 min	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	6		
			Dor torácica sugestiva de angina instável	≤ 10 min		5		
			Dor torácica sugestiva de angina instável	≤ 90 min		5		
PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA	Média de tempo triagem-transferência para pacientes no protocolo de dor torácica	Monitorar o tempo médio entre a triagem e a efetiva transferência dos pacientes com dor torácica submetidos ao protocolo	Dor torácica com ECG alterado (IAM c/ supra)	≤ 120 min	SIMAS ou outra solução determinada pela SES/PE	5	21	
			Dor torácica atípica					

ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE						
TIPO	Média de tempo entre a admissão e a INDICADOR avaliação	Garantir a avaliação médica imediata ou ESPECIFICAÇÃO em tempo adequado	META		PONTUAÇÃO POR INDICADOR	PONTUAÇÃO POR GRUPO
PROTOCOLO AVE	médica inicial	para pacientes com	≤ 120 min	Pontuação: 3	SIMAS ou outra solução	5
PROTOCOLO DE SEPSE	Tempo médio entre a classificação e o atendimento médico para antibiótico dos pacientes no verdes. protocolo de	Monitorar o tempo de espera para atendimento médico de pacientes classificados como de administração rápida (cor da primeira dose de verde). antibiótico para	> 120 min ≤ 180 min	Pontuação: 2	determinada pela SES/PE	
			> 180 min ≤ 240 min	Pontuação: 1	SIMAS ou outra solução	
			> 240 min	Pontuação: 0	determinada pela SES/PE	
ATENÇÃO AO USUÁRIO	Tempo médio entre a classificação e o atendimento médico para pacientes amarelos.	Acompanhar o tempo de espera para atendimento médico de pacientes classificados como de risco moderado (cor amarela).	≤ 60 min	Pontuação: 6	SES/PE	5
			> 60 min ≤ 120 min	Pontuação: 4		
			> 120 min ≤ 180 min	Pontuação: 2	SIMAS ou outra solução	
			> 180 min	Pontuação: 0	determinada pela SES/PE	
Eficiência Assistencial	Satisfação do usuário médio entre a classificação e aceitação das respostas as queixas para registros vermelhos.	Monitorar o tempo de espera e o início do atendimento médico e a adequação das respostas fornecidas aos pacientes classificados como de emergência (cor vermelha).	≤ 1 min	Pontuação: 7	determinada pela SES/PE	14
			> 1 min ≤ 5 min	Pontuação: 5		
			> 5 min ≤ 10 min	Pontuação: 2		
			Aprovação de 80,0% ou mais das resoluções de queixas recebido	Pontuação: 0	determinada pela SES/PE	
Transparência	Taxa de tomada de decisão clínica em até 6 horas.	Avaliar a eficiência da resposta assistencial nas unidades de pronto atendimento.	publicação das informações de ≥ 90%	Pontuação: 6		7
			Atingir o grau moderado	Pontuação: 4		
			da publicação das informações de ≥ 80% < 85%	Pontuação: 2	SIMAS ou outra solução	
			Atingir o grau insuficiente de qualidade < 80%	Pontuação: 0	determinada pela SES/PE	
PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA	Taxa de Qualidade da Retorno por Publicação das Informações de Mesma Queixa Transparência Clínica em até 24h	Acompanhar a proporção de pacientes que retornam ao serviço de urgência ou emergência com normativas vigentes. até 24 horas após alta.	transparência		Informação prestada pela Coordenação de Integridade da Transparência da DMO/SES/PE determinada pela	21
			Atingir o grau crítico de qualidade da publicação das informações de transparência			
			Atingir o grau inexistente de qualidade da publicação das informações de transparência			
			100,0% das ações de educação na		SES/PE	
PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA	Média de tempo porta-ecg para pacientes no protocolo de dor torácica	Garantir que pacientes com dor torácica tenham o eletrocardiograma realizado em tempo adequado após a chegada ao serviço de emergência. no	saúde programadas para o período.		Relatório da Comissão de Educação SIMAS ou outra permanente, solução enviado a SES, determinada pela anexo a SES/PE	6
			90,0% a 99,9% das ações de educação na saúde programadas para o período.			
			80,0% a 89,9% das ações de educação na saúde programadas para o período.			
			70,0% a 79,9% das ações de educação na saúde programadas para o período.			
PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA	Educação Permanente.	Plano de Educação Permanente.	< 70,0% das ações de educação na saúde programadas para o período.		SIMAS	6
			Dor torácica com ECG			
			Adesão do Público Alvo de Educação Assistencial às Ações de Educação Dor torácica sugestiva			
			de angina instável	≤ 90 min		
	Média de	Monitorar o tempo Avaliar o nível de	Dor torácica atípica			

Nome	Tempo Médio Entre a Classificação de Risco e o Atendimento Médico Para Pacientes (por grau de urgência: verde, amarelo, vermelho)																																											
Conceituação	Denominador: Número total de atendimentos no período (por grau de urgência: vermelho, amarelo, verde). Avaliar a eficiência e a prontidão do serviço de urgência/emergência na resposta ao atendimento médico após a classificação de risco , de acordo com a prioridade clínica definida por grau de urgência.																																											
Importância	Critérios de Inclusão (numerador e denominador): Esse indicador mede o tempo, em minutos, entre a classificação de risco do paciente e o início do atendimento médico em serviços de urgência. Ele avalia a agilidade do serviço e ajuda a identificar: ● Pacientes classificados nos graus de urgência: vermelho, amarelo ou verde; ● Pacientes que receberam atendimento médico efetivo após a classificação de risco; ● Pacientes que receberam atendimento médico efetivo após a classificação de risco, atrasos no fluxo assistencial. É essencial para garantir a segurança dos pacientes, especialmente os mais graves, e para monitorar o cumprimento dos protocolos de risco. Também orienta melhorias na gestão da unidade e no dimensionamento da equipe. Critérios de Exclusão (numerador e denominador):																																											
Método de Cálculo	Numerador / Denominador ● Pacientes classificados em outros graus (azul, branco ou sem classificação);																																											
Definição	● Pacientes que não foram atendidos por abandono, evasão ou transferência imediata antes da primeira consulta médica. Numerador: Soma do tempo, em minutos entre a classificação de risco (por grau de urgência: vermelho, amarelo, verde) e o atendimento médico. Observações: ● Os dados utilizados para o cálculo devem ser extraídos preferencialmente de sistemas informatizados de gestão da unidade, com registros de data e hora da classificação de risco e do início do atendimento médico. Denominador: Número total de atendimentos no período (por grau de urgência: vermelho, amarelo, verde). Critérios de Inclusão (numerador e denominador): ● Na ausência de sistema informatizado, admite-se o uso de registros manuais em prontuário físico, desde que preenchidos de forma padronizada e auditável. ● Pacientes classificados nos graus de urgência: vermelho, amarelo ou verde; ● Pacientes que receberam atendimento médico efetivo após a classificação de risco, devidamente registradas em campo específico, com base no horário real da ocorrência (não retroativo). Critérios de Exclusão (numerador e denominador): ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO ● Pacientes classificados em outros graus (azul, branco ou sem classificação); Estratificação: Classificação - Verde: ● Pacientes que não foram atendidos por abandono, evasão ou transferência imediata antes da primeira consulta médica. <table><tr><th>FAIXA DE TEMPO (MINUTOS)</th><th>CLASSIFICAÇÃO DO TEMPO</th><th>INTERPRETAÇÃO CLÍNICA E GERENCIAL</th></tr><tr><td colspan="3">Observações:</td></tr><tr><td>● Os dados utilizados para o cálculo devem ser extraídos preferencialmente de sistemas informatizados de gestão da unidade, com registros de data e hora da classificação de risco e do início do atendimento médico.</td><td></td><td>Atendimento dentro do tempo-alvo estabelecido para risco verde.</td></tr><tr><td>● Não há sistema informatizado, admite-se o uso de registros manuais em prontuário físico, desde que preenchidos de forma padronizada e auditável.</td><td></td><td>Indicador de sobrecarga, escassez de profissionais ou falhas no fluxo.</td></tr><tr><td>● É fundamental que a hora da classificação de risco e a hora do atendimento médico estejam devidamente registradas em campo específico, com base no horário real da ocorrência (não retroativo).</td><td></td><td></td></tr><tr><td>> 240 min</td><td>Atraso grave</td><td>Risco de agravamento clínico, perda de confiança no serviço, má gestão de fila.</td></tr></table> ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO Estratificação: Classificação - Verde: Estratificação: Classificação - Amarela: <table><tr><th>FAIXA DE TEMPO (MINUTOS)</th><th>CLASSIFICAÇÃO DO TEMPO</th><th>INTERPRETAÇÃO CLÍNICA E GERENCIAL</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>≤ 120 min ≤ 60 min</td><td>Dentro do tempo recomendado</td><td>Atendimento dentro do tempo-alvo estabelecido para risco verde.</td></tr><tr><td>121-180 min 61-120 min</td><td>Leve atraso</td><td>Possível gargalo ou aumento de demanda, mas ainda próximo ao padrão localmente.</td></tr><tr><td>181-240 min 121-180 min</td><td>Atraso moderado</td><td>Indicador de sobrecarga, escassez de profissionais ou falhas no fluxo.</td></tr><tr><td>> 180 min > 240 min</td><td>Atraso grave</td><td>Alto risco clínico e comprometimento da segurança.</td></tr><tr><td></td><td></td><td>Risco de agravamento clínico, perda de confiança no serviço, má gestão de fila.</td></tr></table> Estratificação: Classificação Vermelha: Estratificação: Classificação - Amarela: <table><tr><th>FAIXA DE TEMPO (MINUTOS)</th><th>CLASSIFICAÇÃO DO TEMPO</th><th>INTERPRETAÇÃO CLÍNICA E GERENCIAL</th></tr></table>		FAIXA DE TEMPO (MINUTOS)	CLASSIFICAÇÃO DO TEMPO	INTERPRETAÇÃO CLÍNICA E GERENCIAL	Observações:			● Os dados utilizados para o cálculo devem ser extraídos preferencialmente de sistemas informatizados de gestão da unidade, com registros de data e hora da classificação de risco e do início do atendimento médico.		Atendimento dentro do tempo-alvo estabelecido para risco verde.	● Não há sistema informatizado, admite-se o uso de registros manuais em prontuário físico, desde que preenchidos de forma padronizada e auditável.		Indicador de sobrecarga, escassez de profissionais ou falhas no fluxo.	● É fundamental que a hora da classificação de risco e a hora do atendimento médico estejam devidamente registradas em campo específico, com base no horário real da ocorrência (não retroativo).			> 240 min	Atraso grave	Risco de agravamento clínico, perda de confiança no serviço, má gestão de fila.	FAIXA DE TEMPO (MINUTOS)	CLASSIFICAÇÃO DO TEMPO	INTERPRETAÇÃO CLÍNICA E GERENCIAL				≤ 120 min ≤ 60 min	Dentro do tempo recomendado	Atendimento dentro do tempo-alvo estabelecido para risco verde.	121-180 min 61-120 min	Leve atraso	Possível gargalo ou aumento de demanda, mas ainda próximo ao padrão localmente.	181-240 min 121-180 min	Atraso moderado	Indicador de sobrecarga, escassez de profissionais ou falhas no fluxo.	> 180 min > 240 min	Atraso grave	Alto risco clínico e comprometimento da segurança.			Risco de agravamento clínico, perda de confiança no serviço, má gestão de fila.	FAIXA DE TEMPO (MINUTOS)	CLASSIFICAÇÃO DO TEMPO	INTERPRETAÇÃO CLÍNICA E GERENCIAL
FAIXA DE TEMPO (MINUTOS)	CLASSIFICAÇÃO DO TEMPO	INTERPRETAÇÃO CLÍNICA E GERENCIAL																																										
Observações:																																												
● Os dados utilizados para o cálculo devem ser extraídos preferencialmente de sistemas informatizados de gestão da unidade, com registros de data e hora da classificação de risco e do início do atendimento médico.		Atendimento dentro do tempo-alvo estabelecido para risco verde.																																										
● Não há sistema informatizado, admite-se o uso de registros manuais em prontuário físico, desde que preenchidos de forma padronizada e auditável.		Indicador de sobrecarga, escassez de profissionais ou falhas no fluxo.																																										
● É fundamental que a hora da classificação de risco e a hora do atendimento médico estejam devidamente registradas em campo específico, com base no horário real da ocorrência (não retroativo).																																												
> 240 min	Atraso grave	Risco de agravamento clínico, perda de confiança no serviço, má gestão de fila.																																										
FAIXA DE TEMPO (MINUTOS)	CLASSIFICAÇÃO DO TEMPO	INTERPRETAÇÃO CLÍNICA E GERENCIAL																																										
≤ 120 min ≤ 60 min	Dentro do tempo recomendado	Atendimento dentro do tempo-alvo estabelecido para risco verde.																																										
121-180 min 61-120 min	Leve atraso	Possível gargalo ou aumento de demanda, mas ainda próximo ao padrão localmente.																																										
181-240 min 121-180 min	Atraso moderado	Indicador de sobrecarga, escassez de profissionais ou falhas no fluxo.																																										
> 180 min > 240 min	Atraso grave	Alto risco clínico e comprometimento da segurança.																																										
		Risco de agravamento clínico, perda de confiança no serviço, má gestão de fila.																																										
FAIXA DE TEMPO (MINUTOS)	CLASSIFICAÇÃO DO TEMPO	INTERPRETAÇÃO CLÍNICA E GERENCIAL																																										

Nome	Tempo Médio Entre a Classificação de Risco e o Atendimento Médico Para Pacientes (por grau de urgência: verde, amarelo, vermelho) TEMPO		
Conceituação	Avaliar a eficiência e a prontidão do serviço de urgência/emergência na resposta ao atendimento médico após a classificação de risco.	Adequado/ideal de acordo com a prioridade clínica definida por grau de urgência.	Atendimento imediato, conforme preconizado para emergências.
Importância	Esse indicador mede o tempo, em minutos, entre a classificação de risco do paciente e o início do atendimento médico em serviços de urgência. Ele avalia a agilidade do serviço e ajuda a identificar atrasos no fluxo assistencial. É essencial para garantir a segurança dos pacientes, especialmente os mais graves, e para monitorar o cumprimento dos protocolos de risco. Também orienta melhorias na gestão da unidade e no dimensionamento da equipe.	Alerta (ex: múltiplas emergências simultâneas). Inadequado	Pequeno atraso; verificar causas pontuais (ex: múltiplas emergências simultâneas). Indica falhas de fluxo ou indisponibilidade imediata de médico.
Método de Cálculo	> 10 minutos Numerador / Denominador	Crítico	Tempo inaceitável para emergências; aumenta risco de morte evitável.

Numerador: Soma do tempo em minutos entre a classificação de risco (por grau de urgência: vermelho, amarelo, verde) e o atendimento médico.

Observação 02:

- **Periodicidade de apuração:** Mensal.
- **Responsável:** Coordenação médica da unidade e equipe de monitoramento assistencial.

Denominador: Número total de atendimentos no período (por grau de urgência: vermelho, amarelo, verde).

Referência:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde – Qualiss: versão anterior. Rio de Janeiro: ANS, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-ace-02.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2025.

- Pacientes classificados nos graus de urgência: vermelho, amarelo ou verde;
- Pacientes que receberam atendimento médico efetivo após a classificação de risco;
- Inclui pacientes que receberam atendimento e foram a óbito ainda no pronto atendimento.

Crítérios de Exclusão (numerador e denominador):

Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, n. 33, p. 39, 18 fev. 2016. Disponível em: <https://www.in.gov.br>. Acesso em: 27 jun. 2025.

- Pacientes classificados em outros graus (azul, branco ou sem classificação);
- Pacientes que não foram atendidos por abandono, evasão ou transferência imediata antes da primeira consulta médica.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento com classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco.pdf. Acesso em: 27 jun. 2025.

- Os dados utilizados para o cálculo devem ser extraídos preferencialmente de sistemas informatizados de gestão da unidade, com registros de data e hora da classificação de risco e do início do atendimento médico.
- Na ausência de sistema informatizado, admite-se o uso de registros manuais em prontuário físico, desde que preenchidos de forma padronizada e auditável.
- É fundamental que a hora da classificação de risco e a hora do atendimento médico estejam devidamente registradas em campo específico, com base no horário real da ocorrência (não retroativo).

3.2. TAXA DE TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA EM ATÉ 6 HORAS

Estratificação: Classificação - Verde:

FAIXA DE TEMPO (MINUTOS)	CLASSIFICAÇÃO DO TEMPO	INTERPRETAÇÃO CLÍNICA E GERENCIAL
≤ 120 min	Dentro do tempo recomendado	Atendimento dentro do tempo-alvo estabelecido para risco verde.
121-180 min	Leve atraso	Possível gargalo ou aumento de demanda, mas ainda próximo ao padrão.
181-240 min	Atraso moderado	Indicador de sobrecarga, escassez de profissionais ou falhas no fluxo.
> 240 min	Atraso grave	Risco de agravamento clínico, perda de confiança no serviço, má gestão de fila.

Estratificação: Classificação - Amarela:

FAIXA DE TEMPO (MINUTOS)	CLASSIFICAÇÃO DO TEMPO	INTERPRETAÇÃO CLÍNICA E GERENCIAL
--------------------------	------------------------	-----------------------------------

Nome	Taxa de Tomada de Decisão Clínica em até 6 horas
Conceituação	Este indicador mede a proporção de atendimentos realizados em serviços de urgência e emergência (como a UPA) nos quais a decisão clínica, como internação, transferência, alta ou intervenção terapêutica definitiva, foi tomada em até 6 horas a partir da admissão do paciente.
Importância	A Taxa de Tomada de Decisão Clínica em até 6 horas reflete a agilidade e a eficiência da equipe de saúde na condução clínica dos atendimentos, sendo um fator diretamente relacionado à segurança do paciente e à redução de desfechos adversos. Esse indicador impacta o desempenho assistencial da unidade, contribuindo para a organização do fluxo de pacientes e a otimização da gestão de leitos. Está alinhado às diretrizes da Rede de Atenção às Urgências (RAU) e da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), que estabelecem a importância da resolutividade rápida e eficaz durante o primeiro atendimento nas portas de entrada do sistema de saúde.
Método de Cálculo	Numerador / Denominador X 100
Definição	Numerador: Número de pacientes com decisão clínica registrada (alta, internação, transferência ou conduta terapêutica definitiva) em até 6 horas após a admissão na unidade. Critério de Inclusão: ● Pacientes que tiveram decisão clínica definitiva registrada em até 6 horas após a admissão. Crítérios de Exclusão: ● Pacientes cuja decisão clínica ocorreu após 6 horas; Denominador: Nº total de pacientes atendidos na unidade. Critério de Inclusão: ● Todos os pacientes admitidos na unidade de urgência e emergência durante o período avaliado. Crítérios de Exclusão: ● Pacientes com registro de alta sem avaliação médica (evasão, fuga); ● Pacientes que foram a óbito antes da decisão clínica; ● Pacientes transferidos sem decisão clínica registrada. Observação: Os dados serão coletados e analisados mensalmente pela equipe responsável, e os resultados deverão ser enviados regularmente ao SIMAS (Sistema de Monitoramento e Avaliação em Saúde), por meio de relatório mensal específico que será devidamente anexado à plataforma, conforme pactuação entre as partes contratantes. A avaliação periódica desse indicador permitirá monitorar a eficiência e agilidade da equipe clínica na condução dos atendimentos, visando à melhoria contínua da qualidade do serviço prestado e à segurança dos pacientes. Referência: MINISTÉRIO DA SAÚDE GABINETE DO MINISTRO . PORTARIA Nº 1.559, DE 1º DE AGOSTO DE 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. [S. l.], 1 ago. 2008. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. <i>Diário Oficial da União</i>, Brasília, DF, 1 ago. 2008. Disponível em: https://www.in.gov.br. Acesso em: 27 jun. 2025.

3.3. TAXA DE RETORNO PRECOCE POR MESMA QUEIXA CLÍNICA EM ATÉ 24H

Nome	Taxa de Retorno Precoce por Mesma Queixa Clínica em até 24h
Conceituação	Este indicador representa a proporção de pacientes que retornam à mesma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) em até 24 horas após o primeiro atendimento, por persistência, agravamento ou recidiva da mesma queixa clínica. Trata-se de um retorno não programado, que pode indicar falhas na condução clínica inicial, subavaliação da gravidade, ou inadequação da conduta. Também pode refletir problemas no acolhimento, na classificação de risco ou na comunicação com o paciente.
Importância	Esse indicador é um dos instrumentos-chave para o monitoramento contínuo da qualidade assistencial. Ele permite acompanhar a performance clínica e operacional da unidade, identificando padrões de atendimento que podem comprometer a segurança do paciente ou gerar sobrecarga desnecessária ao serviço. Além disso, o acompanhamento da taxa de retornos precoces contribui para a avaliação da efetividade dos protocolos clínicos, subsidiando decisões sobre ajustes contratuais, capacitação da equipe, revisões de fluxos assistenciais. Trata-se, portanto, de um indicador estratégico para a gestão orientada por resultados e qualidade no cuidado em saúde.
Método de Cálculo	Numerador / Denominador X 100
Definição	Numerador: Número de atendimentos de retorno realizados em até 24h após o primeiro atendimento, com mesma queixa clínica por mês. CrITÉRIOS de Inclusão: ● Pacientes que retornaram à mesma UPA em até 24 horas após o atendimento anterior. ● Retornos relacionados à mesma queixa clínica, considerando o mesmo CID ou sintomatologia registrada na ficha de atendimento. ● Casos identificados por vínculo entre atendimentos (ID do paciente ou prontuário), com datas e horários compatíveis. CrITÉRIOS de Exclusão: ● Retornos programados (ex.: entrega de exames, curativo, revisões agendadas); ● Retornos por nova queixa não relacionada ao atendimento anterior; ● Casos com registros incompletos ou sem possibilidade de associação com o atendimento anterior. Denominador: Total de atendimentos realizados por mês. CrITÉRIOS de Inclusão: ● Todos os atendimentos registrados na UPA no mês. ● Inclui todas as faixas etárias, níveis de classificação de risco e turnos. ● Primeiras passagens e também casos que não geraram retorno. CrITÉRIOS de Exclusão: ● Atendimentos com registros inválidos ou duplicados. ● Atendimentos não finalizados ou cancelados no sistema. ● Casos administrativos que não configuram atendimento assistencial (ex: passagem para regulação, contato social apenas). Observação 01: ● Periodicidade de apuração: Mensal; ● Responsável: Coordenação médica da unidade e equipe de monitoramento assistencial. Referência: BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 10, de 3 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 jan. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html. Acesso em: 17 jun. 2025.

3.4. MÉDIA DE TEMPO PORTA-ECG PARA PACIENTES NO PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA

Nome	Média de tempo porta-ecg para pacientes no protocolo de dor torácica
Conceituação	É um indicador de desempenho assistencial que mede o intervalo de tempo (em minutos) entre a chegada do paciente com dor torácica à unidade de pronto atendimento ou emergência (momento "porta") e a realização do primeiro eletrocardiograma (ECG) .
Importância	O indicador de tempo porta-ECG possui grande relevância na assistência a pacientes com dor torácica, pois está diretamente associado ao diagnóstico precoce de condições graves, como o infarto agudo do miocárdio (IAM), que exige abordagem imediata. O eletrocardiograma (ECG) é o exame inicial mais acessível e rápido para a identificação de alterações cardíacas agudas, sendo fundamental para a definição da conduta clínica. A realização precoce do ECG contribui para a redução da mortalidade, uma vez que permite o início mais rápido do tratamento, reduzindo os riscos de complicações graves e aumentando as chances de sobrevivência do paciente. Além disso, o tempo porta-ECG é um parâmetro que reflete a eficiência do atendimento, pois mede a agilidade dos processos internos da unidade de saúde, como a triagem, o acolhimento e a priorização dos casos considerados graves. Sua aplicação também está alinhada às diretrizes internacionais, como as da American Heart Association (AHA) e da European Society of Cardiology (ESC), que recomendam a realização do ECG em até 10 minutos após a chegada do paciente ao serviço de urgência ou emergência. Por fim, trata-se de um importante indicador de controle de qualidade, utilizado em auditorias clínicas e processos de avaliação do desempenho hospitalar. Ele contribui para a identificação de falhas, o aprimoramento de protocolos assistenciais e a implementação de ações de melhoria contínua voltadas à segurança e à resolutividade no atendimento às síndromes coronarianas agudas.
Método de Cálculo	Numerador / Denominador
	Numerador: Somatório dos tempos, em minutos, entre a hora de chegada (porta) e a hora de realização do primeiro ECG. CrITÉRIOS DE INCLUSÃO: ● Pacientes incluídos no denominador; ● ECG realizado na primeira abordagem da dor torácica; ● Registro confiável de: ○ Hora da chegada (porta); ○ Hora da realização do ECG. CrITÉRIOS DE EXCLUSÃO: ● ECG não realizado durante o atendimento; ● ECG realizado tardiamente por outro motivo que não a dor torácica; ● Falta de registro de horário de chegada ou horário do ECG; ● ECG realizado após o primeiro atendimento clínico (ex: internado antes do ECG). Denominador: Pacientes adultos atendidos por queixa de dor torácica sugestiva de síndrome coronariana aguda, com indicação clínica e registro válido de ECG realizado na unidade. CrITÉRIOS DE INCLUSÃO: ● Pacientes adultos (≥18 anos); Com queixa principal de dor torácica (espontânea, de início súbito, recente); ● Atendidos em serviço de urgência ou emergência; ● Entrada registrada como porta de entrada principal (não internados ou em observação); ● Indicação clínica de ECG (ex: suspeita de síndrome coronariana aguda – SCA). CrITÉRIOS DE EXCLUSÃO: ● Pacientes com ECG já realizado antes da chegada (ex: por SAMU ou unidade de origem); ● Dor torácica de origem claramente não cardíaca (ex: trauma torácico, herpes zoster visível); ● Pacientes com diagnóstico psiquiátrico isolado como motivo da dor; ● Crianças e adolescentes (<18 anos);

Nome	Média de tempo porta-ecg para pacientes no protocolo de dor torácica (a do ECG).				
Conceituação	É um indicador de desempenho assistencial que mede o intervalo de tempo (em minutos) entre a chegada do paciente com dor torácica à unidade de pronto atendimento ou emergência e a realização do primeiro eletrocardiograma (ECG) .				
	(momento "porta") e a	realização do primeiro	eletrocardiograma (ECG).		
Importância	Paciente	Hora de chegada	Hora do ECG		
	Tempo (min)				
	O indicador de tempo porta-ECG possui grande relevância na assistência a pacientes com dor torácica, pois está diretamente associado ao diagnóstico precoce de condições graves, como o infarto agudo do miocárdio (IAM), que exige abordagem imediata. O eletrocardiograma (ECG) é o exame inicial mais acessível e rápido para a identificação de alterações cardíacas agudas, sendo fundamental para a definição da conduta clínica. A realização precoce do ECG contribui para a redução da mortalidade, uma vez que permite o início mais rápido do tratamento, reduzindo os riscos de complicações graves e aumentando as chances de sobrevivência do paciente.				
	Soma dos tempos: 8 + 7 + 15 = 30 minutos				
	Número de pacientes: 3				
Definição	Além disso, o tempo porta-ECG é um parâmetro que reflete a eficiência do atendimento, pois mede a agilidade dos processos internos da unidade de saúde, como a triagem, o acolhimento e a priorização dos casos considerados graves. Sua aplicação também está alinhada às diretrizes internacionais, como as da American Heart Association (AHA) e da European Society of Cardiology (ESC), que recomendam a realização do ECG em até 10 minutos após a chegada do paciente ao serviço de urgência ou emergência.				
	Recomendação B); Nível de Evidência B);				
	Por fim, trata-se de um importante indicador de controle de qualidade, utilizado em auditorias e planos de melhoria contínua.				
	Definições: Dor torácica é a sensação de dor ou desconforto percebida de diversas formas, falhas com localização na região anterior ou posterior do tórax.				
	A dor torácica pode ser classificada pela característica anginosa da dor:				
Método de Cálculo	● Dor tipo A: DEFINITIVAMENTE ANGINOSA: Desconforto retroesternal precipitado pelo esforço, com irradiação típica para o ombro, mandíbula ou face interna do braço				
	esquerdo, aliviado pelo repouso ou nitrato. Características que dão certeza de Síndrome Coronariana Aguda, independentemente dos exames complementares.				
Observação 01	● Dor tipo B: PROVAVELMENTE ANGINOSA: Dor torácica cujas características faz da Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, porém com necessidade de exames complementares para a confirmação do diagnóstico. Tem a maioria das características da dor definitivamente anginosa, podendo ser típica, sob alguns aspectos, mas atípica em outras.				
	● Dor tipo C: PROVAVELMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não faz da Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, mas devido à existência de múltiplos fatores de risco, doença coronária prévia ou mesmo dor sem causa aparente, outros exames para excluí-la. Definida como um padrão atípico de dor torácica.				
	● Dor tipo D: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
	● Dor tipo E: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
	● Dor tipo F: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
Observação 02	● Dor tipo G: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
	● Dor tipo H: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
	● Dor tipo I: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
	● Dor tipo J: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
	● Dor tipo K: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
Observação 03	● Dor tipo L: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
	● Dor tipo M: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
	● Dor tipo N: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
	● Dor tipo O: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
	● Dor tipo P: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
Observação 04	● Dor tipo Q: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
	● Dor tipo R: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
	● Dor tipo S: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
	● Dor tipo T: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
	● Dor tipo U: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
Observação 05	● Dor tipo V: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
	● Dor tipo W: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
	● Dor tipo X: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
	● Dor tipo Y: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
	● Dor tipo Z: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
Observação 06	● Dor tipo AA: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
	● Dor tipo AB: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
	● Dor tipo AC: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
	● Dor tipo AD: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
	● Dor tipo AE: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
Observação 07	● Dor tipo AF: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
	● Dor tipo AG: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
	● Dor tipo AH: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
	● Dor tipo AI: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
	● Dor tipo AJ: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
Observação 08	● Dor tipo AK: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
	● Dor tipo AL: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
	● Dor tipo AM: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
	● Dor tipo AN: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
	● Dor tipo AO: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
Observação 09	● Dor tipo AP: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
	● Dor tipo AQ: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
	● Dor tipo AR: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
	● Dor tipo AS: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
	● Dor tipo AT: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
Observação 10	● Dor tipo AU: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
	● Dor tipo AV: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
	● Dor tipo AW: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
	● Dor tipo AX: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não se encaixam nas características da dor definitivamente anginosa.				
	● Dor tipo AY: DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA: Dor torácica cujas características não				

Nome	Média de tempo porta-ecg para pacientes no protocolo de dor torácica com suspeita de síndrome	
Conceituação	coronária aguda em ambiente extra-hospitalar deve, idealmente, ser feita por profissional de E um indicador de desempenho assistencial que mede o intervalo de tempo (em minutos) saúde, com realização de uma história clínica direcionada, investigando as características dos entre a chegada do paciente com dor torácica à unidade de pronto atendimento ou emergência sintomas atuais. O eletrocardiograma executado no local de atendimento e interpretado por um (momento "porta") e a realização do primeiro eletrocardiograma (ECG) . médico habilitado (na ambulância ou em local remoto) mostrou ser um método que reduz em 34%	
Importância	O indicador de tempo porta-ECG possui o potencial de melhorar a assistência aos pacientes com dor torácica de início súbito, especialmente aqueles com diagnóstico precoce de condições graves, como o infarto agudo do miocárdio (IAM), que exige abordagem imediata. O eletrocardiograma (ECG) é o Referência: Programa de Cuidados Clínicos, Protocolo de Conduta no Atendimento da Dor Torácica. Hcor. [S. /], p. 1-24. 18 jun. 2021. Exame inicial mais acessível e rápido para a identificação de alterações cardíacas agudas, sendo fundamental para a definição da conduta clínica. A realização precoce do ECG contribui para a redução da mortalidade, uma vez que permite o início mais rápido do tratamento, reduzindo os riscos de complicações graves e aumentando as chances de sobrevida do paciente. (*) Aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Além disso, o tempo porta-ECG é um parâmetro que reflete a eficiência do atendimento, pois Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, mede a agilidade dos processos internos da unidade de saúde, como a triagem, o acolhimento e a Orteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, [S. /], 13 dez. 2011, priorização dos casos considerados graves. Sua aplicação também está alinhada às diretrizes internacionais, como as da American Heart Association (AHA) e da European Society of Cardiology (ESC), que recomendam a realização do ECG em até 10 minutos após a chegada do paciente ao serviço de urgência ou emergência.	
3.5. MÉDIA DE TEMPO TRIAGEM-TRANSFERÊNCIA PARA PACIENTES NO PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA		
	clínicas e processos de avaliação do desempenho hospitalar. Ele contribui para a identificação de falhas, o aprimoramento de protocolos assistenciais e a implementação de ações de melhoria contínua voltadas à segurança e à resolutividade no atendimento às síndromes coronarianas	
Nome	Média de tempo triagem-transferência para pacientes no protocolo de dor torácica	
Método de Cálculo	Numerador / Denominador	
Conceituação	Número de horas decorrido entre a classificação de risco (triagem) e a transferência efetiva do paciente para hospital de referência, em pacientes com dor torácica. A métrica reflete a agilidade da unidade em identificar, estabilizar e referenciar pacientes com Numerador: Somatório dos tempos, em minutos, entre a hora de chegada (porta) e a hora de realização do primeiro ECG. suspeita de síndrome coronariana aguda ou outras causas críticas de dor torácica.	
Importância	A dor torácica é uma queixa clínica que pode estar associada a condições de alta gravidade, como o infarto agudo do miocárdio, sendo considerada uma situação de urgência tempo-dependente. Nesse contexto, o monitoramento do tempo médio entre a classificação de risco e a transferência do paciente para hospital de referência permite avaliar a eficiência do fluxo assistencial nas unidades de pronto atendimento, contribuindo para a identificação de possíveis gargalos operacionais e assistenciais. Além disso, o indicador favorece a análise da capacidade de resposta da equipe frente a quadros clínicos críticos, servindo como subsídio para a gestão dos processos de regulação, referência e contrarreferência, bem como para o aprimoramento contínuo da qualidade da atenção prestada ao paciente com dor torácica. ● Pacientes incluídos no denominador, ECG realizado na primeira abordagem da dor torácica, registro confiável de: ○ Hora da chegada (porta); ○ Hora da realização do ECG.	
Método de Cálculo	Numerador / Denominador	
	Críticos de Exclusão: $\text{Tempo médio triagem-transferência} = \frac{\sum(T_{\text{saída física}} - T_{\text{triagem}})}{N}$ ● Triagem: Horário da classificação de risco (registro no sistema de triagem); ● T saída física: Horário da saída física real do paciente de unidade, com destino ao hospital de referência. ● N: número total de pacientes com dor torácica transferidos no período analisado. Críticos de Inclusão: ● Pacientes adultos (>18 anos) com queixa principal de dor torácica (essencial a hora de início súbito recente); Numerador: Soma do tempo, em minutos, entre a classificação de risco e a saída física da unidade para transferência ao hospital de referência, considerando cada paciente com dor torácica individualmente. ● Atendidos em serviço de urgência ou emergência; Denominador: Total de pacientes com dor torácica transferidos para hospital de referência, período analisado. ● Indicação clínica de ECG (ex: suspeita de síndrome coronariana aguda – SCA). Críticos de Inclusão (numerador e denominador): Críticos de Exclusão: ● Pacientes com queixa de dor torácica registrados na classificação de risco (triagem); ● Pacientes com ECG já realizado antes da chegada (ex: por SAMU ou unidade de origem); ● Transferência efetiva para hospital de referência no período analisado; ● Dor torácica de origem claramente não cardíaca (ex: trauma torácico, herpes zoster visível); ● Registros com dados completos e válidos de horário da classificação de risco e horário de saída física da unidade. ● Pacientes com diagnóstico psiquiátrico isolado como motivo da dor; ● Crianças e adolescentes (<18 anos); Críticos de Exclusão (numerador e denominador): ● Dados ausentes ou inconsistentes (sem hora de chegada ou hora do ECG). ● Pacientes com dor torácica que não foram transferidos (ex: permaneceram em observação ou receberam alta na própria unidade); Exemplo do Método do Cálculo: ● Casos de cancelamento da remoção, fuga, óbito antes da transferência ou recusa do encaminhamento; ● Registros com ausência ou inconsistência nos dados necessários ao cálculo (ex: horários incompletos, conflitantes ou ilegíveis).	

Nome	Média de tempo triagem-transferência para pacientes no protocolo de dor torácica
Conceituação	O indicador mensura o tempo médio decorrido entre a classificação de risco (triagem) e a transferência efetiva do paciente para hospital de referência, em pacientes com dor torácica. A métrica reflete a agilidade da unidade em identificar, estabilizar e referenciar pacientes com suspeita de síndrome coronariana aguda ou outras causas críticas de dor torácica. ● Pacientes atendidos até 3 horas do início da dor devem receber trombolítico no local de atendimento, na ausência de contraindicações, se ICP primária no local for indisponível.. ● A transferência para um centro com um serviço de hemodinâmica deve ser feita assim que possível nos pacientes de alto risco, seja para realização de ICP, se necessário, ou para a estratificação invasiva precoce.
Importância	A dor torácica é uma queixa clínica que pode estar associada a condições de alta gravidade, como o infarto agudo do miocárdio, sendo considerada uma situação de urgência tempo-dependente. Nesse contexto, o monitoramento do tempo médio entre a classificação de risco e a transferência do paciente para hospital de referência permite avaliar a eficiência do fluxo assistencial nas unidades de pronto atendimento, contribuindo para a identificação de possíveis gargalos operacionais e assistenciais. Além disso, o indicador favorece a análise da capacidade de resposta da equipe frente a quadros clínicos críticos, servindo como subsídio para a gestão dos processos de regulação, referência e responsabilidade da CONTRATADA a sistematização, validação e envio mensal dos dados por meio do SIMAS – Sistema de Monitoramento da Contrarreferência, bem como para o aprimoramento contínuo da qualidade da atenção prestada ao paciente com dor torácica. Atenção à Saúde – ou por qualquer outra solução informatizada que venha a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE).
Método de Definição Cálculo	Numerador / Denominador
	Tempo médio triagem–transferência = $\frac{\sum(T_{\text{saída física}} - T_{\text{triagem}})}{N}$ Observações 01: ● T triagem: horário da classificação de risco (registro no sistema de triagem). ● T saída física: Horário da saída real do paciente de unidade, com destino ao hospital de referência. ● N: número total de pacientes com dor torácica transferidos no período analisado. Exclusão (numerador e denominador): ● Pacientes com dor torácica com ECG alterado (IAM c/ supra) ≤ 60 min ● Pacientes com dor torácica atípica com risco moderado ≤ 120 min Denominador: Total de pacientes com dor torácica transferidos para hospital de referência no período analisado. Justificativa: Casos com maior risco de complicação exigem condução mais ágil e prioritária. Consequentemente, atrasos na transferência podem resultar em aumento da mortalidade, com aplicação de descontos proporcionais à gravidade clínica e ao risco iminente à vida. Referências: ● Transferência efetiva para hospital de referência no período analisado; ● Registros com dados completos e válidos de horário da classificação de risco e horário de saída física da unidade. MINISTÉRIO DA SAÚDE GABINETE DO MINISTRO. PORTARIA Nº 2.994 DE 13 DE DEZEMBRO DE 2011 (*). Aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio. Exclusão (numerador e denominador): ● Pacientes com dor torácica que não foram transferidos (ex: permaneceram em observação ou receberam alta na própria unidade); ● Casos de morte antes da chegada ao hospital, ou antes da transferência, ou resusa do paciente antes da chegada ao hospital. BRAZILLIAN, N. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Guia de Conduta em Dor Torácica. Disponível em: <http://www.sbc.org.br/images/stories/pdf/Guia_Dor_Toracica.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2021. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiolgia sobre o Registro de Eventos de Infarto Agudo do Miocárdio em Supradoresivos e Seguintes. 2021. Documento de Referência. Brasília: Conselho Brasileiro de Infarto Agudo do Miocárdio, 2021. p. 1-84, 1 jan. 2021. Observações 02: Programa de Cuidados Clínicos Protocolo de Conduta no Atendimento da Dor Torácica. Hcor. [S. / l.], p. 1-24, 18 jun. 2021. ● Pacientes atendidos até 3 horas do início da dor devem receber trombolítico no local de atendimento, na ausência de contraindicações, se ICP primária no local for indisponível.. ● A transferência para um centro com um serviço de hemodinâmica deve ser feita assim que possível nos pacientes de alto risco, seja para realização de ICP, se necessário, ou para a estratificação invasiva precoce. Observações 02: Responsável: Coordenação médica da unidade, em conjunto com a equipe de monitoramento assistencial e/ou setor de planejamento, sendo responsabilidade da CONTRATADA a sistematização, validação e envio mensal dos dados por meio do SIMAS – Sistema de Monitoramento da Atenção à Saúde – ou por qualquer outra solução informatizada que venha a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE). Definição Periodicidade: O indicador deverá ser apurado e reportado mensalmente, com base nos dados coletados no respectivo mês de competência, considerando os prazos e formatos estabelecidos pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE), devendo ser inseridos no SIMAS ou outro sistema designado pela SES/PE. Meta:
Nome	Média de tempo entre a admissão e a avaliação médica inicial de pacientes com suspeita de AVE.
	Dor torácica com ECG alterado (IAM c/ supra) ≤ 60 min

Nome	Média de tempo entre a admissão e a avaliação médica inicial de pacientes com suspeita de AVE.
Conceituação	na unidade de saúde (ou seja, o registro de entrada documentado no sistema institucional como hora de admissão administrativa ou clínica) e o momento da primeira avaliação médica formal
Conceituação	registrada em prontuário nos casos com suspeita de Acidente Vascular Encefálico (AVE). Este indicador mede o tempo médio, em minutos, entre o horário oficial de admissão do paciente na unidade de saúde (ou seja, o registro de entrada documentado no sistema institucional) como hora de admissão administrativa ou clínica) e o momento da primeira avaliação médica formal registrada em prontuário nos casos com suspeita de Acidente Vascular Encefálico (AVE).
Importância	a agilidade no diagnóstico e no início do tratamento está diretamente associada a melhores E utilizado para monitorar a agilidade na triagem e atendimento inicial, essencial para garantir a desfechos clínicos, com maior chance de recuperação funcional e redução do risco de sequelas ou efetividade da linha de cuidado ao AVE , principalmente nos casos isquêmicos em que há janela terapêutica limitada para trombólise. O AVE é uma emergência médica tempo-dependente, na qual
Importância	a agilidade no diagnóstico e no início do tratamento está diretamente associada a melhores desfechos clínicos, com maior chance de recuperação funcional e redução do risco de sequelas ou efetividade da linha de cuidado ao AVE , principalmente nos casos isquêmicos em que há janela terapêutica limitada para trombólise. O AVE é uma emergência médica tempo-dependente, na qual
Método de Cálculo	realização da avaliação médica inicial constitui um indicador estratégico para aferir a eficiência do Numerador / Denominador
Método de Cálculo	fluxo de atendimento em situações de urgência neurológica. Este indicador contribui para a qualificação da assistência prestada e para o fortalecimento da segurança do paciente.
Método de Cálculo	Numerador / Denominador

Nome	Média de tempo entre a admissão e a avaliação médica inicial de pacientes com suspeita de AVE. primeira avaliação médica formal registrada em prontuário, para cada paciente com suspeita de AVE.
Conceituação	Este indicador mede o tempo médio, em minutos, entre o horário oficial de admissão do paciente na unidade de saúde (ou seja, o registro de entrada documentado no sistema institucional como hora de admissão administrativa ou clínica) e o momento da primeira avaliação médica formal registrada em prontuário nos casos com suspeita de Acidente Vascular Encefálico (AVE). Critérios de Inclusão: ● Número total de pacientes com suspeita de AVE;
Importância	É utilizado para registrar a agilidade no diagnóstico e no início da intervenção para garantir a efetividade da intervenção realizada em ambiente de urgência/emergência ou porta de entrada da unidade de saúde. O AVE é uma emergência médica tempo-dependente, na qual a agilidade no diagnóstico e no início do tratamento está diretamente associada a melhores resultados clínicos. Total de pacientes com suspeita de AVE que efetivamente receberam avaliação médica inicial registrada em prontuário no período analisado. Denominador: Total de pacientes com suspeita de AVE que efetivamente receberam avaliação médica inicial registrada em prontuário no período analisado. Critérios de Inclusão: fluxo de atendimento em situações de urgência neurológica. Este indicador contribui para a qualificação da assistência prestada e para o fortalecimento da segurança do paciente. ● Pacientes admitidos na unidade de saúde com registro de suspeita de AVE (isquêmico, hemorrágico ou indeterminado); Numerador / Denominador ● Casos com registro válido de horário de admissão e de horário da primeira avaliação médica formal; ● Atendimento realizado em ambiente de urgência/emergência ou porta de entrada da unidade; ● Casos de primeiro atendimento no episódio (não retornos), em qualquer turno (24h).
Método de Cálculo	

Critérios de Exclusão:

- Pacientes com suspeita de AVE descartada antes da avaliação médica formal;
- Pacientes que foram transferidos, evadidos ou evoluíram para óbito antes da avaliação médica;
- Casos com dados ausentes ou inconsistentes (ex: ausência de registro de horário de admissão ou avaliação médica, ou incompatibilidade entre horários).

Observações metodológicas:

- O tempo deve ser calculado em minutos;
- Considerar o horário exato do registro de chegada (admissão) e o horário da primeira avaliação médica documentada;
- O horário deve ser extraído de sistemas informatizados com registro automático, sempre que possível. Registros manuais devem ser auditáveis;
- A análise pode ser feita mensalmente ou por turno, conforme o fluxo assistencial da unidade.

Definições clínicas :

AVC Isquêmico (AVCI) - É déficit neurológico, geralmente focal, de instalação súbita e rápida evolução, causada pela lesão de uma região cerebral decorrente da redução local da oferta de oxigênio, em razão do comprometimento do fluxo sanguíneo tecidual (isquemia).

AVC hemorrágico (AVCH) - É o déficit neurológico, geralmente focal, de instalação súbita e de rápida evolução, causada pela lesão de uma região cerebral decorrente de hemorragia intracerebral não-traumática espontânea. A cefaleia súbita de forte intensidade geralmente está associada a Hemorragia Subaracnoide espontânea aneurismática, constituindo entidade à parte, com prognóstico e tratamento diversos.

Observação:

A contratada deverá assegurar que o tempo médio entre a admissão e a avaliação médica inicial de pacientes com suspeita de AVE seja **igual ou inferior a 10 (dez) minutos**, conforme diretrizes clínicas e protocolos assistenciais vigentes.

Referência: HCOR. PROTOCOLO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL. **Hcor**, [S. l.], p. 1-40, 1 jan. 2012.

3.7. MÉDIA DE TEMPO PORTA-ANTIBIÓTICO DOS PACIENTES NO PROTOCOLO DE SEPSE

Nome	Média de tempo porta-antibiótico dos pacientes no protocolo de sepse.
Conceituação	Este indicador mede o tempo médio, em minutos, entre o horário de entrada do paciente na unidade de saúde (tempo porta) e a administração da primeira dose de antibiótico, nos casos em que foi ativado o protocolo de sepse.
Importância	A administração precoce de antibiótico, preferencialmente na primeira hora após o reconhecimento da sepse , é um dos fatores mais críticos para a redução da mortalidade . Estudos internacionais e diretrizes como a <i>Surviving Sepsis Campaign</i> demonstram que atrasos na antibioticoterapia aumentam significativamente o risco de óbito. Monitorar esse tempo permite avaliar a efetividade da linha de cuidado do paciente com sepse , promovendo intervenções oportunas, integradas e baseadas em evidências. O indicador também está alinhado às metas internacionais de segurança do paciente e qualificação da assistência em situações de urgência e emergência.
Método de Cálculo	Numerador / Denominador
Definição	Tempo médio porta-antibiótico = soma de todos os tempos (em minutos) entre a chegada e antibiótico / Número de pacientes incluídos. Numerador: Soma de todos os tempos (em minutos) entre a chegada e o antibiótico. Critério de Inclusão: Tempo individual (em minutos ou horas) entre: ● Horário de chegada (porta) do paciente à unidade de saúde (momento da triagem, acolhimento ou primeiro registro no sistema); ● E o horário da administração do primeiro antibiótico. Observação: Inclui apenas os pacientes que compõem o denominador, ou seja, aqueles que atenderam todos os critérios de inclusão. Critério de Exclusão: Pacientes transferidos de outras unidades onde já haviam recebido antibiótico Denominador: Número de pacientes incluídos. Crítérios de Inclusão: ● Pacientes com suspeita de sepse ou sepse confirmada que: ❖ Foram atendidos em unidade de emergência (UPA, pronto-socorro) ou pronto atendimento hospitalar; ❖ Tiveram registro do horário de chegada (porta) e do horário da administração do antibiótico. Crítério de Exclusão: ● Casos de sepse não reconhecida inicialmente (protocolo não acionado). ● Pacientes que não receberam antibiótico. ● Casos com dados incompletos ou inconsistentes, como: ❖ Ausência de registro do horário de chegada. ❖ Falta de registro da administração do antibiótico. ● Pacientes transferidos de outras unidades onde já haviam recebido antibiótico. ● Casos pediátricos (se o protocolo for específico para adultos). ● Casos de antibiótico profilático (não terapêutico). ● Pacientes com diretiva de cuidados paliativos exclusivos no momento da admissão. Referência: HCOR. Protocolo SEPSE. Hcor Associação Beneficente Síria , [S. l.], p. 1-32, 1 maio 2024.

3.8. SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Nome	Satisfação do Usuário.
Conceituação	Relação percentual entre o número de pesquisas com respostas positivas e o número total de pesquisas aplicadas no período, considerando também a relação percentual entre o número de pesquisas realizadas em atendimentos ambulatoriais e altas hospitalares com melhora clínica, em relação ao total de pesquisas aplicadas no mesmo período, sendo ambos os percentuais exigidos de forma independente.
Importância	A aferição da satisfação dos usuários e acompanhantes que necessitam dos serviços da unidade é uma ferramenta de gestão que possibilita perceber as suas expectativas em relação ao trabalho, descobrindo as possíveis falhas e procurando soluções para melhoria do serviço prestado.
Método de Cálculo	$\text{Numerador} / \text{denominador} \times 100$

Nome	<u>Índice de Satisfação (90%):</u>
Conceituação	a) Numerador: Número de pesquisas de satisfação do paciente com respostas consideradas positivas no período. Relação percentual entre o número de pesquisas com respostas positivas e o número total de pesquisas aplicadas no período, considerando também a relação percentual entre o número de pesquisas realizadas em atendimentos ambulatoriais e altas hospitalares com melhora clínica, em relação ao total de pesquisas aplicadas no mesmo período, sendo ambos os percentuais exigidos de forma independente. b) Denominador: Número total de pesquisas de satisfação aplicadas no mesmo período.
Importância	<u>Índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%):</u> A aferição da satisfação dos usuários e acompanhantes que necessitam dos serviços da unidade é uma ferramenta de gestão que possibilita perceber as suas expectativas em relação ao trabalho, descobrindo as possíveis falhas e procurando soluções para melhoria do serviço prestado. a) Numerador: Número de pesquisas realizadas com pacientes e acompanhantes de alta hospitalar após melhora do quadro clínico e consultas ambulatoriais. b) Denominador: Número total de pacientes atendidos em regime ambulatorial e de internamentos.
Método de Cálculo	<u>Índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%):</u> $\frac{\text{Número de pesquisas realizadas}}{\text{Número total de pacientes atendidos}} \times 100$

- Todos os usuários do sistema (pacientes e acompanhantes).

Creritrios de Exclusão:

- Pesquisas com respostas consideradas negativas.

Observações 01:

Definição

- A aferição da satisfação dos usuários e acompanhantes que utilizam os serviços da unidade constitui uma ferramenta essencial de gestão, permitindo identificar expectativas, detectar falhas e promover melhorias contínuas na qualidade do atendimento prestado.
- Essa avaliação será realizada por meio de Pesquisa de Satisfação Padronizada, elaborada pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) e aplicada pela CONTRATADA. Para tanto, a CONTRATADA deverá disponibilizar ao público um dispositivo com interface amigável e acessível, permitindo que o próprio usuário ou acompanhante responda à pesquisa de forma direta, alimentando automaticamente os sistemas informatizados utilizados.

Interpretações:

Índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%): A amostragem mínima a ser contemplada pela pesquisa corresponderá a, no mínimo, 10% do total de atendimentos ambulatoriais e altas hospitalar após melhora do quadro realizados no período - conforme cálculo denominado como **“Índice de realização de pesquisas relacionadas ao atendimento”**, abrangendo tanto os usuários que receberam atendimento quanto seus acompanhantes. A coleta de dados deverá ser, preferencialmente, anônima, a fim de garantir a liberdade e espontaneidade das respostas.

O não cumprimento do percentual mínimo de participação (10% dos atendimentos ambulatoriais e altas melhoradas) resultará na atribuição de **pontuação zero** ao indicador no Índice Global de Qualidade.

Índice de Satisfação (90%): Para que a meta seja atingida, o indicador deverá ser igual ou superior a 90,0% no mês. A condição necessária para que o resultado da pesquisa seja considerado positivo é que o somatório dos itens que serão avaliados seja de no mínimo 24 pontos, pontuação essa estabelecida de acordo com o modelo de pesquisa apresentado abaixo:

Adicionalmente, o não envio das informações, a aplicação da pesquisa em formato distinto do previamente estabelecido, sem autorização formal da CONTRATANTE ou o não atingimento dos percentuais estabelecidos para o **índice de Satisfação (90%)** e para o **Índice de realização de pesquisas relacionadas ao Atendimento (10%)**, impossibilitará a análise do indicador. Nesses casos, para fins de monitoramento da execução contratual, será considerado como **descumprimento da meta estabelecida**.

	<u>Índice de Satisfação (90%):</u> a) Numerador: Número de pesquisas de satisfação do paciente com respostas consideradas positivas no período. b) Denominador: Número total de pesquisas de satisfação aplicadas no mesmo período.
--	---

Nome	Satisfação do Usuário. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO					
Conceituação	Relação percentual entre o número de pesquisas com respostas positivas e o número total de pesquisas aplicadas no período, considerando também a relação percentual entre o número de pesquisas realizadas em atendimentos ambulatoriais e altas hospitalares com melhora clínica, em relação ao total de pesquisas aplicadas no mesmo período, sendo ambos os percentuais exigidos de forma independente.					
Importância	A aferição da satisfação dos usuários e acompanhantes que necessitam dos serviços da unidade é uma ferramenta de gestão que possibilita perceber as suas expectativas em relação ao trabalho, descobrindo as possíveis falhas e procurando soluções para melhoria do serviço prestado.					
Método de Cálculo	Qual sua opinião sobre o atendimento prestado, com relação aos itens listados abaixo? Númerador / denominador x 100					
		Marque com um "X" a alternativa mais próxima à sua opinião				
						
		ÓTIMO (5 pontos)	BOM (4 pontos)	REGULAR (3 pontos)	RUIM (2 pontos)	PÉSSIMO (1 ponto)
						NÃO UTILIZEI
Instalações (Sala de Espera, Consultórios, banheiros, etc)						
Limpeza Geral						
Atendimento na Recepção						
Tratamento da Segurança						
Atendimento do Médico						
Atendimento da Enfermagem						
Exames Realizados						
Informações sobre Tratamento a ser seguido						
Para perguntas cuja resposta seja "Não utilizei" a pontuação atribuída será o valor médio das respostas, ou seja, 3 (três) pontos						

Obs: Em caso de perguntas sem respostas do usuário deverá ser atribuída pontuação 3.

3.9. ÍNDICE DE ACEITAÇÃO DAS RESPOSTAS ÀS QUEIXAS REGISTRADAS

Nome	Índice de aceitação das respostas às queixas registradas.
Conceituação	Relação percentual entre o número de queixas resolvidas e aprovadas pela CTAI no período, e o número total de queixas resolvidas no mesmo período.
Importância	O presente indicador tem como finalidade assegurar que a CONTRATADA conduza as queixas recebidas de maneira resolutiva e satisfatória, garantindo um tratamento adequado e eficaz das demandas.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
	a) Numerador: Número de respostas aceitas pela Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão (CTAI) no período. b) Denominador: Número total de queixas recebidas no mesmo período. Critérios de inclusão: ● Período de análise compatível: Apenas queixas registradas e respondidas dentro do período de referência considerado (ex: mensal, trimestral, anual). Critérios de Exclusão: ● Não se aplica. Observações 01: ● Para o Registro de Queixas a CONTRATADA deverá fornecer solução informatizada de forma livre de qualquer queixa, como também das sugestões/elogios.
Índice de Satisfação (90%)	a) Numerador: Número de pesquisas com respostas positivas no período. Para além de meio eletrônico do registro da queixa, devem estar disponíveis aos acompanhantes e familiares das pesquisas de satisfação aplicadas no mesmo período de sugestão/elogio/queixas de forma a permitir o registro por escrito, além de ouvidoria.

 GOVERNO DO PERNAMBUCO ESTADO DE PERNAMBUCO	Secretaria da Saúde	 DGM Diretoria Geral de Monitoramento CGM dos Contratos de Gestão	FICHA DE AVALIAÇÃO DE TRANSPARÊNCIA
UNIDADE:			
OSS:		DATA:	
TRIMESTRE:		AVALIADOR:	
MENU	INFORMAÇÃO	SITUAÇÃO:	OBSERVAÇÃO
1. INSTITUCIONAL	1. Nome da OSS de vinculação	Atualizado	
	2. CNPJ da OSS de vinculação	Atualizado	
	3. Apresentação da entidade	Atualizado	
	4. Nome da unidade de saúde	Atualizado	
	5. CNPJ da unidade de saúde	Atualizado	
	6. Endereço	Atualizado	

Nome	Qualidade da Publicação das Informações de Transparência.
Conceituação	Medição da qualidade da publicação das informações de transparência em conformidade legal.
Importância	O indicador em tela tem como objetivo garantir que a CONTRATADA divulgue as informações exigidas por lei mensalmente em seu respectivo portal da transparência em área específica para a unidade gerida.
Método de Cálculo	Ficha de Avaliação de Transparência - Informação prestada pela Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SEAS/SES.

3.11. TAXA DE EXECUÇÃO DO PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Observação 01:

- A meta deste indicador é que todas as informações necessárias estejam publicadas no portal da transparência da entidade de forma individualizada. A contratada deverá inserir as informações no Portal de Transparência e encaminhar relatório contendo tais inserções, subsequente à prestação do serviço.
- A Contratada deverá atender a estrutura mínima de informações dos Portais de Transparência das OSS, com base na normativa pertinente à matéria. As informações citadas devem ser inseridas em seu portal da transparência, com a periodicidade instituída em lei. Insta-se para que a Contratada, no momento de cada atualização no sistema eletrônico dê-se de forma mensal, a avaliação da qualidade será trimestral.

Observação 02:

- A métrica de resultado para este indicador é apurada por meio da Ficha de Avaliação de Transparência (detalhada na tabela abaixo), cuja alimentação é de responsabilidade da Coordenação de Integridade e Transparência da DGMCG/SEAS/SES.

Referências:

- Resolução TCE/PE no 33, de 06 de junho de 2018;
- Resolução TCE/PE no 68, de 11 de dezembro de 2019;
- Resolução TCE/PE no 82, de 16 de abril de 2020;
- Resolução TCE/PE no 95, de 10 de junho de 2005;
- Resolução TCE/PE n o 117 de 15 dezembro 2020;
- Resolução TCE/PE no 154 de 15 dezembro 2021;
- Lei Federal no 12.527/2011;
- Recomendação do Ministério Público Federal - MPF no 07/2017, IC no 1.26.000.000983/2017-79; e
- Caderno de Transparência das Organizações Sociais de Saúde da Secretaria da Controladoria-Geral do Estado de Pernambuco - SCGE em conjunto com a Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco-SES/PE.

Tabela - Ficha de Avaliação de Transparência

GOVERNO DE

PERNAMBUCO

SECRETARIA DA SAÚDE

DGM

CG

Diretoria Geral de Monitoramento dos Contratos de Gestão

FICHA DE AVALIAÇÃO DE TRANSPARÊNCIA

UNIDADE:

OSS:

TRIMESTRE:

MENÚ

DATA:

AVALIADOR:

SITUAÇÃO:

OBSERVAÇÃO

1. INSTITUCIONAL

1. Nome da OSS de vinculação

Atualizado

2. CNPJ da OSS de vinculação

Atualizado

3. Apresentação da entidade

Atualizado

4. Nome da unidade de saúde

Atualizado

5. CNPJ da unidade de saúde

Atualizado

6. Endereço

Atualizado

Nome	Taxa de Execução do Plano de Educação Permanente.
Conceituação	Relação percentual entre o número casos de atividades realizadas no período, e o número de atividades do plano de educação permanente previstas para o mesmo período.
Importância	O indicador em questão visa avaliar se a execução do plano de educação permanente apresentado pela CONTRATADA está ocorrendo dentro do previsto e se os programas, convênios e demais instrumentos que permitam a capacitação e qualificação dos profissionais alocados na unidade estão em conformidade com o proposto no contrato.
Método de Cálculo	Numerador / denominador x 100
Definição	a) Numerador: Número de atividades educacionais realizadas no período, conforme previsto no plano de educação permanente. b) Denominador: Número total de atividades educacionais planejadas para o mesmo período, conforme estabelecido no plano de educação permanente. Crítérios de inclusão: ● Atividades educacionais previstas no plano de educação permanente, como cursos, treinamentos, workshops, palestras, campanhas educativas, etc. ● Atividades educacionais realizadas dentro do período analisado. Crítérios de Exclusão: ● Atividades educacionais realizadas fora do período analisado. Interpretações: No que concerne à EPS, a definição assumida pelo Ministério da Saúde (MS) se configura como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A EPS se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais e acontece no cotidiano do trabalho. Caracteriza-se, portanto, como uma intensa vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional. Referências: Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002. Franco TB, Merhy EE. Programa de saúde da família (PSF): contradições de uma política destinada à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 55-124. Ficha dos Indicadores do Plano Estadual de Saúde PES 2024-2027 - SES-AM. Disponível em: https://www.saude.am.gov.br/wp-content/uploads/2024/12/Ficha-de-Indicadores-do-Plano-Estadual-de-Saude-PES-2024-2027.pdf.

3.12. TAXA DE ADESAO DAS EQUIPES (ASSISTENCIAIS E ADMINISTRATIVAS) ÀS AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Nome	Taxa de adesão das equipes (assistenciais e administrativas) às ações de educação permanente
Conceituação	Avaliar a adesão e efetividade das ações de educação permanente voltadas às equipes (assistenciais e administrativas), medindo a proporção de profissionais que participaram de cursos de capacitação propostos pela unidade ou órgão gestor. O indicador busca promover o desenvolvimento contínuo dos profissionais, melhoria da qualidade assistencial e conformidade com diretrizes técnicas e normativas.
Importância	Este indicador é fundamental para assegurar a atualização contínua dos profissionais, melhorar os resultados assistenciais, alinhar práticas à legislação vigente e garantir que a equipe atue com segurança, qualidade e base científica. Reflete também o compromisso da OSS com a valorização profissional e a excelência nos serviços prestados.
Método de Cálculo	Numerador / Denominador X 100
Definição	Numerador: Número de profissionais da unidade que participaram integralmente do(s) curso(s) proposto(s) durante o período de análise. Denominador: Número total de profissionais convocados ou previstos para participação nos cursos propostos, conforme planejamento da unidade ou exigência contratual. Crítérios de Inclusão (Numerador e Denominador): - Profissionais com vínculo ativo na unidade no período do curso. - Cursos obrigatórios ou estratégicos definidos em plano de capacitação da unidade ou órgão gestor. - Participação integral ou carga horária mínima definida ($\geq 80\%$ de presença). Crítérios de Exclusão (Numerador e Denominador): - Profissionais afastados legalmente (férias, licenças, atestados) durante a realização do curso. - Cursos não previstos no plano de capacitação vigente ou não validados pelo gestor do contrato. Observação 01: A taxa de adesão deverá ser calculada separadamente para as equipes assistencial e administrativa, utilizando a seguinte fórmula: ● Equipe Assistencial: médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, demais profissionais de nível superior, técnicos de enfermagem, técnicos em imobilização e demais profissionais de nível técnico. ● Equipe Administrativa: profissionais das áreas de apoio administrativo, faturamento, recepção, manutenção, serviços gerais, segurança patrimonial, entre outros. Observação 02: ● A apuração do indicador será realizada mensalmente. Os dados consolidados deverão ser inseridos no SIMAS (Sistema de Monitoramento e Avaliação em Saúde), ou em outra plataforma informatizada que venha a ser oficialmente definida pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) para esse fim. Referência: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. <i>Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: Caminhos para a educação permanente em saúde</i>. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 16 jun. 2025.



Documento assinado eletronicamente por **YURGAN TARGE PASSOS SANTANA**, em 30/06/2025, às 16:38, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do [Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Zilda do Rego Cavalcanti**, em 30/06/2025, às 17:19, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do [Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site

http://sei.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?

[acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](http://sei.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **69231426** e o código CRC **49C88198**.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519, - Bairro Bongi, Recife/PE - CEP 50751-530, Telefone: